

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION

PAR
HÉLÈNE TURGEON

L'INFLUENCE D'UNE STRATÉGIE PERSUASIVE SUR LES ATTITUDES DES
ÉTUDIANTES INFIRMIÈRES ENVERS LES SOINS À PRODIGUER AUX
PERSONNES VIVANT AVEC LE SIDA

MAI 1995

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord exprimer ma reconnaissance à mon directeur de thèse, Monsieur Pierre Valois, à qui je dois les précieux et judicieux conseils de même que le suivi constant. Je souhaite également lui témoigner ma gratitude car son professionnalisme au travail et ses qualités de chercheur m'ont permise d'apprendre et de croître tant au niveau personnel que professionnel.

J'aimerais également remercier les examinateurs de la thèse, M. Mack St-Louis et M. Claude Milette. Des remerciements s'adressent aussi au personnel enseignant et aux étudiantes en soins infirmiers — 3^e année — du Collège Shawinigan et du Cégep de Trois-Rivières qui ont rendu possible la réalisation de cette recherche.

Finalement, je tiens à exprimer ma gratitude à cinq collègues de travail pour leur encouragement tout au long de ces années d'études soit Carole Dessureault, Josée Dessureault, Cécile Durand, Alice Guillemette et Ruth Normand. Je remercie enfin Jacques Lapointe pour son soutien moral au cours de ces années de même que Laurier Turgeon pour son appui et les services rendus.

RÉSUMÉ

Le but de cette recherche est de vérifier l'effet d'un programme d'intervention (stratégie persuasive de communication) sur les attitudes des étudiantes en soins infirmiers à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida. La stratégie persuasive de communication a été élaborée selon la théorie de la vraisemblance d'élaboration cognitive de Petty et Cacioppo. La première hypothèse prévoit que la stratégie persuasive élaborée selon la théorie de la vraisemblance d'élaboration cognitive provoque un changement positif au niveau des variables de la théorie du comportement planifié, particulièrement en ce qui a trait aux attitudes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida. D'autre part, sur la base de la théorie du comportement planifié, la deuxième hypothèse prévoit que l'attitude, les normes sociales et le contrôle comportemental perçu sont de bons prédicteurs de l'intention de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida. Notre échantillon se compose de 74 étudiantes en soins infirmiers, dont 27 provenaient du Collège Shawinigan (groupe expérimental) et 47 du Cégep de Trois-Rivières (groupe témoin). Le questionnaire de recherche comprend trois parties qui correspondent respectivement (1) aux renseignements personnels, (2) aux connaissances sur le sida et (3) aux questions d'attitude à l'égard du sida. Dans la première section de la troisième partie du questionnaire, on demande aux étudiantes d'indiquer si elles sont (1) totalement d'accord, (2) d'accord, (3) ni d'accord, ni en désaccord, (4) en désaccord, (5) totalement en désaccord avec les 28 items d'attitude à l'égard du sida. Quant à la deuxième section de la troisième partie, elle contient les variables appartenant à la théorie du comportement planifié de Ajzen (1985). On y retrouve des questions relatives aux attitudes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida, aux croyances personnelles, aux normes sociales, à la perception du contrôle sur le comportement et aux intentions. Les résultats des analyses de covariance univariées confirment notre première hypothèse. Ainsi, il existe une différence significative au niveau de l'intention, de l'attitude et au niveau de la perception du contrôle sur le comportement. D'autre part, les analyses de régression multiple confirment la deuxième hypothèse. Ainsi toutes les variables de la théorie du comportement

planifié ont eu un effet significatif sur l'intention. Cependant, les variables attitude et perception du contrôle sur le comportement sont celles qui prédisent le mieux l'intention. Dans l'ensemble, les résultats démontrent que la stratégie persuasive de communication a modifié favorablement les attitudes des étudiantes en soins infirmiers à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I — PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
La problématique	5
La théorie du comportement planifié.....	7
Les postulats	8
La définition des variables.....	10
La théorie de la vraisemblance d'élaboration cognitive.....	14
La définition de concepts.....	15
Les déterminants indépendants.....	15
Les postulats	19
Le processus du changement d'attitude.....	21
CHAPITRE II — RECENSION DES ÉCRITS	25
Les attitudes envers les soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida	26
Les facteurs explicatifs des attitudes défavorables.....	29
Le taux réel de contamination.....	30
L'efficacité de la théorie du comportement planifié.....	30
La stratégie de changement d'attitude.....	33
La stratégie retenue.....	36
Les hypothèses de recherche	37
CHAPITRE III — MÉTHODOLOGIE	39
Le type de recherche.....	40
Les sujets.....	41
Les instruments de mesure.....	42
L'étude des qualités métrologiques des instruments.....	45
La sélection des arguments persuasifs.....	50
Le processus de cueillette des données.....	54
L'accord des Cégeps concernés.....	54
L'étude principale.....	54
La première passation du questionnaire.....	54

La stratégie d'intervention	55
La deuxième passation du questionnaire	56
Le plan d'analyse des données	56
CHAPITRE IV — DESCRIPTION DES RÉSULTATS	57
L'analyse descriptive	58
La vérification des hypothèses de recherche	60
L'analyse de covariance	62
Les analyses de régression multiple	64
CHAPITRE V — DISCUSSION DES RÉSULTATS	69
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	75
RÉFÉRENCES	78

LISTE DES TABLEAUX

1	Illustration schématique du devis quasi-expérimental utilisé dans la présente étude	41
2	Répartition des sujets de l'échantillon par catégorie d'âge et par sexe	43
3	Moyennes, écarts-types et corrélations item-total du questionnaire de Lester et Beard sur les connaissances du sida.....	46
4	Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la mesure indirecte de l'attitude selon la théorie de Ajzen.....	47
5	Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la mesure directe de l'attitude selon la théorie de Ajzen	47
6	Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la mesure indirecte des normes sociales selon la théorie de Ajzen.....	48
7	Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la mesure directe des normes sociales selon la théorie de Ajzen.....	48
8	Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la mesure de la perception du contrôle sur le comportement selon la théorie de Ajzen	49
9	Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la mesure d'intention selon la théorie de Ajzen.....	49
10	Coefficient de corrélation de Pearson entre les différentes mesures d'attitudes	50
11	Degré moyen de persuasion des dix arguments proposés aux étudiantes et aux professeures expertes	52
12	Arguments persuasifs retenus.....	53
13	Moyennes et écart-types des variables au prétest et post-test en fonction des groupes.....	59
14	Coefficients de corrélation de Pearson entre les différentes variables de la théorie de Ajzen au prétest et au post-test.....	61

15	Analyse de covariance des variables mesurées au post-test selon le groupe (expérimental, témoin), en contrôlant les différences observées au prétest.....	63
16	Moyennes ajustées de l'analyse de covariance selon le groupe	64
17	Prédiction (R^2) de l'intention au prétest pour la totalité de l'échantillon.....	65
18	Prédiction (R^2) de l'intention au post-test pour la totalité de l'échantillon.....	66
19	Prédiction (R^2) de l'intention au prétest pour chaque groupe.....	67
20	Prédiction (R^2) de l'intention au post-test pour chaque groupe.....	67

LISTE DES FIGURES

1	Illustration schématique de la théorie du comportement planifié.....	9
2	Illustration schématique de l'influence des déterminants du changement d'attitude	17
3	Illustration schématique du modèle du changement d'attitude	23

LISTE DES APPENDICES

A	PRISE DE POSITION DE L'AIIC SUR LES SOINS AUX CLIENTS ATTEINTS DU SIDA.....	86
B	DEMANDE D'UTILISATION ET DE TRADUCTION DU QUESTIONNAIRE DE LESTER ET BEARD.....	88
C	QUESTIONNAIRE DE LA PRÉ-ENQUÊTE	90
D	QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE	92
E	QUESTIONNAIRE POUR LA SÉLECTION	106
F	DEMANDE D'AUTORISATION AUPRÈS DES CÉGEPS	110
G	LETTRE DE PRÉSENTATION AUX SUJETS.....	113
H	PLAN DE LA STRATÉGIE D'INTERVENTION.....	116
I	LETTRE DE REMERCIEMENTS AUX DEUX CÉGEPS PARTICIPANTS.....	126

INTRODUCTION

Plusieurs études ont démontré que les infirmières ont des attitudes défavorables à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida (Barr, Waring, & Warshaw, 1992; Forrester & Murphy, 1992; Gallop, Lancee, Taerk, Coates, & Fanning, 1992; Jemmott III, Freleicher, & Jemmott, 1992; Mooney, Cohn, & Swift, 1992). Ces mêmes études laissent aussi voir que le comportement des infirmières envers les personnes vivant avec le sida n'englobe pas tous les aspects du service infirmier, tel qu'il est défini par l'Ordre des infirmières et infirmiers (O.I.I.Q., 1985). En d'autres mots, certains aspects du service offert sont soit déficients soit complètement manquants. On y retrouve donc des comportements non professionnels comme, l'absence de contact avec le client, une distance physique exagérée, la délégation des soins à d'autres infirmières (Mooney, Cohn, & Swift, 1992).

Compte tenu des devoirs et des obligations qu'entraîne cette profession, l'infirmière devrait plutôt agir en conformité avec les stipulations de son code de déontologie. À titre d'exemple, elle devrait toujours «subordonner son intérêt personnel à celui de son client» (O.I.I.Q., 1986, art. 3.05.01). Par contre, dans le soin de la clientèle vivant avec le sida, il arrive souvent que les valeurs personnelles entrent en conflit avec les valeurs professionnelles.

C'est en prenant pour acquis ces considérations que la présente étude s'intéressera aux attitudes des futures infirmières en cours de formation à l'ordre collégial envers les soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida. Sur la base de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985, 1988) et de la théorie de la vraisemblance d'élaboration cognitive (Petty & Cacioppo, 1981, 1986a, 1986b), nous tenterons de modifier les attitudes des futures infirmières pour les orienter de façon à ce qu'elles restent ou deviennent favorables.

Les grandes divisions de la présente étude sont les suivantes. Le premier chapitre présentera la problématique de même que le cadre théorique à l'appui. Le second chapitre sera une analyse critique des principales études qui, de près ou de loin, ont traité du problème à l'étude. Les hypothèses retenues y seront également présentées. Le troisième chapitre décrira la méthodologie de la recherche alors que l'analyse et la description des résultats

feront l'objet du quatrième chapitre. Finalement, une discussion sur les résultats obtenus suivra au cinquième chapitre. Ce cheminement nous conduira enfin aux conclusions générales.

CHAPITRE I
PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE THÉORIQUE

Ce premier chapitre expose tout d'abord les éléments de la problématique à l'étude. Afin de mieux comprendre le concept d'attitude et l'influence de stratégies persuasives sur celui-ci, les théories du comportement planifié de Ajzen et de la vraisemblance d'élaboration cognitive de Petty et Cacioppo sont ensuite présentées. Enfin, la dernière partie de ce chapitre traite de la complémentarité des deux théories.

La problématique

Plusieurs chercheurs ont démontré qu'il existe une relation entre les attitudes et le comportement (p. ex. Abelson, 1972; Ajzen & Fishbein, 1972, 1977; Altemeder, Price, Telljohann, Didion, & Locher, 1992; Andrews & Kandel, 1979; Bagozzi, 1981a, 1981b, 1988; Brinberg, 1979a, 1979b; Davidson & Jaccard, 1979; Fazio, 1986; Fishbein & Ajzen, 1974; Foxall, 1984; Janeksela, 1978; Kahle & Berman, 1979; Kelman, 1974; Liska, 1974a, 1974b, 1974c; Norman, 1975; Sjöberg, 1982; Triandis, 1977). Ces études indiquent également que d'autres variables peuvent aussi influencer le comportement, telles que les normes sociales, l'efficacité personnelle, l'intention et l'habitude. Bref, si plusieurs chercheurs de différents secteurs professionnels se sont intéressés au concept d'attitude, c'est qu'il demeure un concept important pour comprendre pourquoi les gens adoptent ou non un comportement donné, et ce peu importe leur milieu d'action.

C'est en prenant pour acquis le rôle prépondérant du concept d'attitude dans le secteur de l'éducation, que prend toute l'importance de cette étude. La dimension attitudinale est définie globalement par Fishbein et Ajzen (1975) comme étant la perception des avantages et des désavantages à adopter un comportement particulier. Ainsi, une attitude favorable à l'égard d'un comportement donné serait formée lorsqu'un individu, suite à une analyse consciente, en conclut que les avantages perçus l'emportent sur les désavantages. Ainsi, plus les bénéfices retenus prévalent sur les inconvénients, plus l'attitude sera favorable. Dans le cas de la formation d'une attitude défavorable, le raisonnement inverse s'applique.

Considérant le fait que l'action pédagogique destinée au développement intellectuel ou à l'acquisition d'habiletés a des répercussions sur l'attitude des étudiantes, on serait en droit de s'attendre à ce que les stratégies pédagogiques puissent changer ou modifier la structure affective et cognitive de celles-ci. D'ailleurs, certaines études basées sur le modèle de la «vraisemblance d'élaboration cognitive» de Petty et Cacioppo (1981, 1986a, 1986b) ont démontré qu'il était possible de modifier les attitudes des gens (p. ex. Cacioppo, Crites, Berntson, & Coles, 1993; Cacioppo, Petty, & Morris, 1983; Cacioppo, Petty, & Sidera, 1981; Cacioppo, Petty, & Stoltenberg, 1985; Ernst & Heesacker, 1993; Heesacker, Petty, & Cacioppo, 1983; Petty, Cacioppo, Sedikides, & Strathman, 1988). Ainsi, qu'il s'agisse de développer une attitude favorable envers les mathématiques ou envers les règles de sécurité dans un programme d'enseignement professionnel, il n'en demeure pas moins que le concept d'attitude est jugé comme étant très utile et même à certains égards, indispensable pour aider à mieux comprendre les comportements humains.

De son côté, le secteur de la santé constitue un lieu favorable au développement de l'éducation sanitaire. Il permet aux individus d'acquérir un mode de vie sain, un environnement sain, des moyens d'interventions efficaces, des comportements préventifs, etc. De nombreuses études sanitaires ont porté sur la relation attitude-comportement (A-C). Plus spécifiquement, certaines ont examiné la relation A-C dans le contexte de la dynamique relationnelle entre l'infirmière et le client vivant avec le sida (Barr, Waring, & Warshaw, 1992; Daniels, 1992; Dworkin, 1992; Forrester & Murphy, 1992; Gallop, Lancee, Taerk, Coates, & Fanning, 1992; Jemmott III, Freleicher, & Jemmott, 1992; Lester & Beard, 1988; Mooney, Cohn, & Swift, 1992; Plant & Foster, 1993). Cependant, à notre connaissance, aucune étude a porté sur la modification des attitudes des futures infirmières dans le cadre de leur formation académique. La présente étude portera précisément sur la modification des attitudes des étudiantes infirmières à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida.

En intervenant auprès de l'étudiante infirmière avant qu'elle atteigne le marché du travail, on augmente d'autant plus les probabilités que l'effet agisse

sur ses structures cognitive et affective. Puisqu'une attitude ne peut se développer sans que de nouvelles convictions ou croyances soient acquises ou tout au moins influencées (Fishbein & Ajzen, 1975), le contexte scolaire s'avère donc un milieu privilégié d'intervention.

En identifiant les attitudes des étudiantes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida, la présente étude pourra aider à mieux comprendre les comportements actuels des infirmières. Nous pourrions en conséquence, intervenir auprès de ces étudiantes pour changer leurs croyances, leurs attitudes et éventuellement leurs comportements. En y intégrant des stratégies qui visent à changer les attitudes, nous pourrions améliorer par le fait même la formation de l'apprenante dans le cadre de l'exercice de son rôle professionnel. De plus, cette recherche permettra d'approfondir la dynamique de la relation attitude-comportement. Elle contribuera aussi en ce sens à la continuité de l'avancement de la recherche d'un point de vue théorique.

Bref, la pertinence de cette étude, repose en grande partie sur le fait qu'elle apportera beaucoup à l'apprenante de même qu'à l'enseignante relativement à l'optimisation de la santé. Enfin, tout en permettant de faire avancer les connaissances en éducation à la santé, elle contribuera certes à la bienveillance d'une clientèle à qui l'on cause actuellement préjudice.

La théorie du comportement planifié

Il existe différentes théories psychosociales qui peuvent aider à comprendre la relation attitude-comportement dont, entre autres, la théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975), la théorie du comportement interpersonnel (Triandis, 1977, 1979) et la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985, 1988). Ces trois théories ont certaines caractéristiques communes. Par exemple, elles permettent l'étude des comportements humains, elles sont fréquemment utilisées dans la littérature scientifique et elles permettent une bonne prédiction du comportement.

Bien que ces trois théories offrent des pistes intéressantes de recherche, notre choix s'est arrêté sur la théorie du comportement planifié. Celle-ci semble être la plus appropriée des trois. Elle apparaît être celle qui démontre le plus de potentiel pour prédire, comprendre et expliquer les comportements humains. En étant plus parcimonieuse, elle propose une meilleure définition de la norme sociale comparativement à la théorie du comportement interpersonnel de Triandis. Elle propose aussi l'ajout du concept de «perception du contrôle sur le comportement» à la théorie de l'action raisonnée afin de permettre la prédiction des comportements non volitifs.

Comme cette recherche traite de l'influence d'une stratégie sur les attitudes des étudiantes envers les soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida, il va sans dire que l'influence des normes sociales, de même que de la perception du contrôle exercé par l'élève sur son comportement sont grandement présentes. L'utilisation de la théorie du comportement planifié de Ajzen (1985) s'avère donc pertinente dans le présent contexte de recherche.

Les postulats

Le principal postulat de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988) indique que le comportement que l'on veut prédire peut être volitif ou ne pas être sous le contrôle complet d'un individu. C'est en considérant le concept de «la perception du contrôle sur le comportement» que ce modèle vient assurer une meilleure prédiction des comportements sur lesquels l'individu n'aurait qu'un contrôle partiel. Ainsi, un comportement est directement sous le contrôle d'une personne lorsqu'il dépend strictement de la décision de celle-ci. À l'inverse, le comportement est beaucoup moins volitif lorsqu'une personne est influencée par des contraintes externes (p. ex. argent, temps, obligations) ou internes (p. ex. compétence, connaissances).

La théorie du comportement planifié (voir la figure 1) repose sur le principe général qu'outre la perception du contrôle sur le comportement, l'intention exprimée influence le comportement. Pour sa part, l'intention (I)

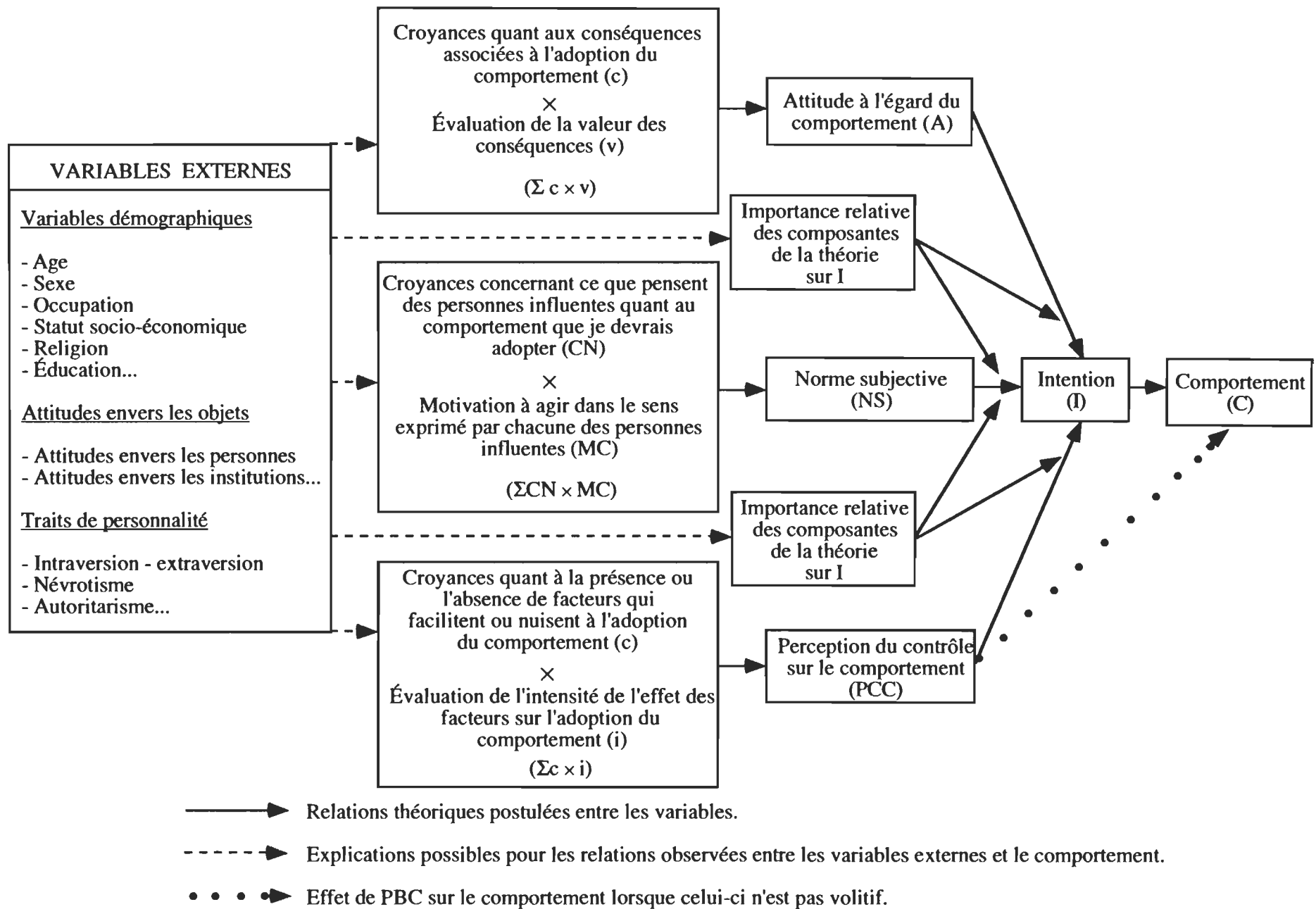


Figure 1. Illustration schématique de la théorie du comportement planifié (traduit et adapté de Ajzen, 1991).

est sous l'influence des attitudes (A), des normes sociales (NS) et de la perception du contrôle comportemental (PCC).

À partir de ces postulats, la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985, 1988) propose deux scénarios possibles. Ainsi, la perception du contrôle sur le comportement peut influencer l'intention au même titre que l'attitude et la norme sociale, lorsque le comportement est sous le contrôle volontaire de l'individu. Deuxièmement, il est possible que la perception du contrôle comportemental prédise directement le comportement au même titre que l'intention. Ceci est vrai en autant que la perception du contrôle reflète le contrôle réel avec un certain degré d'exactitude et que le comportement ne soit que partiellement ou pas du tout sous le contrôle volontaire de l'individu. Cette concordance a d'ailleurs été explorée dans l'étude de Ajzen et Madden (1986) sur l'assistance aux cours dans les écoles.

La définition des variables

La définition opérationnelle de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985, 1988) est la suivante :

$$C \sim I = (A)w_1 + (NS)w_2 + (PCC)w_3$$

À cette équation, correspondent les significations suivantes :

C	= comportement;
I	= intention comportementale;
A	= attitude à l'égard du comportement;
NS	= normes sociales, soit la perception de l'individu de ce que des groupes de personnes ou des personnes influentes pensent qu'il devrait faire;
PCC	= perception du contrôle sur le comportement;
w_1, w_2 et w_3	= coefficients de régression.

L'intention de faire un comportement est le déterminant immédiat d'un comportement. Par exemple, l'étudiante infirmière qui a l'intention de ne pas prodiguer de soins à une personne vivant avec le sida pourrait être tentée d'éviter tout contact avec la cliente. L'intention d'une personne dépend ainsi, soit de ses dispositions internes qui se traduisent par des réactions affectives ou cognitives (c'est-à-dire l'attitude), soit d'influences externes exercées auprès d'elle (c'est-à-dire les normes sociales), soit de sa perception de son efficacité personnelle (c'est-à-dire la perception du contrôle).

L'attitude envers un comportement est définie pour sa part comme le produit de la combinaison des croyances et des conséquences associées au comportement (Fishbein & Ajzen, 1975). De façon plus spécifique, l'attitude d'une personne à l'égard d'un comportement est déterminée par ses croyances personnelles concernant les conséquences associées à l'adoption d'un comportement donné et par la valeur qu'elle accorde à ces conséquences. L'attitude d'une personne est ainsi formée de la somme des produits «croyance x valeur». Par exemple, une étudiante infirmière peut accorder des valeurs différentes aux croyances qu'elle associe aux soins à prodiguer à une personne vivant avec le sida. L'équation pour exprimer cette variable est la suivante :

$$A = \sum c \times v$$

où

A = attitude de l'individu à l'égard de l'adoption du comportement;

c = croyances personnelles quant aux conséquences associées à l'adoption du comportement;

v = évaluation de la valeur des conséquences.

Outre l'attitude, la norme sociale perçue par l'individu permet également de prédire son intention comportementale. Cette variable est définie comme la perception d'une personne de ce que les gens qui sont importants pour elle

pensent qu'elle devrait ou ne devrait pas faire, c'est-à-dire l'importance que celle-ci accorde à l'opinion de certaines personnes ainsi que sa motivation à s'y conformer. Par exemple, une étudiante infirmière pourrait agir selon l'opinion de ses collègues qui désapprouvent l'obligation professionnelle de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida. L'équation qui exprime cette variable est la suivante :

$$NS = \sum CN \times MC$$

où

NS = normes sociales;

CN = croyances à l'égard de ce que pensent des personnes influentes quant au comportement qu'une personne devrait adopter;

MC = motivation à se conformer à l'opinion exprimée par chacune des personnes influentes ou groupes de personnes influents.

Finalement, la perception du contrôle sur le comportement est définie comme la croyance d'un individu concernant le degré de facilité ou de difficulté auquel il croit être confronté, s'il essaie d'adopter un comportement donné (Ajzen, 1988). Cette variable peut agir indirectement sur le comportement par l'intermédiaire de l'intention. Elle peut également avoir une influence directe sur le comportement sans agir au préalable sur l'intention.

La PCC est fonction des croyances quant à la présence ou à l'absence de facteurs internes (p. ex. la connaissance, la motivation) et externes (p. ex. les occasions, le temps, l'obligation de conformité) qui facilitent ou nuisent à l'adoption d'un comportement et de l'évaluation de l'intensité avec laquelle ces facteurs influencent la décision d'adopter ou non le comportement. Cela se traduit par l'équation suivante :

$$PCC = \sum c \times i$$

où

PCC = perception du contrôle sur le comportement;

c = croyances quant à la présence ou l'absence de facteurs qui facilitent ou nuisent à l'adoption du comportement;

i = évaluation de l'intensité de l'effet des facteurs sur l'adoption du comportement.

Il importe de noter que la perception du contrôle sur le comportement est intimement liée au concept d'efficacité personnelle perçue de Bandura (1977, 1982). Ce concept repose sur la théorie sociale cognitive de Bandura (1982) où le comportement s'explique à l'aide de deux croyances. Premièrement, la croyance en l'efficacité du comportement ou la conviction que l'adoption d'un comportement donné produira les résultats escomptés. Deuxièmement, la croyance en l'efficacité personnelle perçue, qui indique à quel point un individu est convaincu de posséder les habiletés requises pour pouvoir adopter le comportement. Par exemple, on peut comprendre qu'une infirmière évite tout contact avec une personne vivant avec le sida, si elle croit, d'une part, que cela élimine le risque de contracter la maladie et, d'autre part, être en mesure d'éviter tout contact physique avec cette personne.

D'autres variables peuvent aussi influencer l'adoption d'un comportement. L'âge, le sexe, la classe sociale, le rôle social et les traits de personnalité sont des exemples de variables externes au modèle qui peuvent influencer indirectement l'intention et le comportement par l'entremise des effets qu'elles exercent sur l'attitude, la norme sociale ou la perception du contrôle sur le comportement. À cet effet, Ajzen (1988) mentionne que les variables externes qui influencent les comportements d'une personne trouvent leur importance en se rattachant soit à l'attitude, à la norme sociale, ou à la perception du contrôle comportemental.

La théorie du comportement planifié postule qu'une intervention au niveau des croyances personnelles peut changer les attitudes des gens, leur perception des normes sociales de même que leur perception du contrôle qu'ils exercent sur le comportement. Ainsi, d'un point de vue pratique, il est permis de croire qu'on pourrait modifier l'intention et le comportement des étudiantes infirmières à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida en les amenant à développer une attitude favorable à l'égard des soins à prodiguer à cette clientèle.

En résumé, la théorie du comportement planifié permet l'identification des facteurs psychosociaux qui influencent les intentions et les comportements des individus (Ajzen, 1985, 1988). La lumière qu'elle jette sur le phénomène permet de faire un choix mieux éclairé quant à la méthode d'intervention et au contenu du message éducatif qui s'imposent afin de permettre les modifications d'attitudes et de comportements souhaités.

La théorie de la vraisemblance d'élaboration cognitive

Pour la présente étude, nous avons décidé de retenir la théorie de la «vraisemblance d'élaboration cognitive» (VEC) de Petty et Cacioppo (1981) comme théorie du changement d'attitudes. Plusieurs raisons justifient ce choix. Tout d'abord, Petty et Cacioppo mentionnent que ce sont les messages persuasifs qui permettent les changements d'attitudes. De façon plus spécifique, ce modèle est basé sur l'idée qu'une personne doit développer des attitudes favorables pour fonctionner dans un environnement défini et que ces attitudes sont le résultat d'une exposition à une communication persuasive (Petty, Cacioppo, Sedikides, & Strathmann, 1988).

C'est aussi en considérant ses liens étroits avec la théorie du comportement planifié de Ajzen (1985, 1988), qu'il s'avère intéressant de retenir la théorie de la VEC pour cette étude. En effet, les concepts de croyances et d'attitudes sont communs aux deux théories.

La définition de concepts

La théorie de la VEC comprend trois variables principales : l'attitude, la source d'influence et la persuasion. Petty et Cacioppo (1981, 1986a, 1986b) définissent l'attitude comme une évaluation générale que les gens font à l'endroit des personnes, des objets ou des événements. Par source d'influence, les auteurs entendent n'importe quels facteurs pouvant provoquer un changement d'attitude. En ce qui a trait à la persuasion, elle réfère à l'action d'amener une personne à croire en quelque chose ou à faire quelque chose après avoir été exposée à une communication.

Les déterminants indépendants

La théorie de la VEC s'avère également intéressante parce qu'elle propose que plusieurs déterminants peuvent conduire à un changement d'attitude. Ces déterminants pouvant influencer l'attitude ont fait l'objet d'études sur la communication persuasive et le changement d'attitude (Hovland, Janis, & Kelly, 1953; Smith, Lasswell, & Casey, 1946). Ces recherches tentaient de répondre à la question suivante : *«Qui dit quoi à qui et par quel moyen?»* Inspirés de ces études, Petty et Cacioppo (1981) ont retenu comme déterminant indépendant à l'individu, les éléments suivants : le communicateur (qui dit quoi), le type de message et la durabilité de son effet (qu'est-ce qui est dit), la personne qui reçoit le message (qui reçoit ce qui est dit) et le moyen de communication (de quelle façon ce qui est dit est dit).

Pour agir sur l'un de ces déterminants indépendants, les auteurs (Petty & Cacioppo, 1981) se sont inspirés de l'approche «message-apprentissage» telle qu'elle fut utilisée par Carl Hovland et ses collègues à l'Université Yale dans les années 1950 (Hovland, Janis, & Kelly, 1953). Cette approche n'est pas considérée comme une théorie formelle du changement d'attitude, il s'agit plutôt d'un ensemble de postulats de travail. Ce qui est donc suggéré dans cette approche s'articule autour du fait qu'une communication est beaucoup plus avantageuse et persuasive lorsqu'une personne y accorde toute son

attention, qu'elle diminue sa résistance face au message, qu'elle comprend le message et qu'elle s'en souvient. C'est pourquoi Petty et Cacioppo (1981) retiennent l'approche du «message-apprentissage» comme un type de communication persuasive efficace. En agissant sur un ou plusieurs déterminants du changement d'attitude (voir la figure 2) tels que le communicateur, le type de message ou le moyen de communication, on peut stimuler chez celui qui reçoit le message, une augmentation de son degré d'attention, de compréhension et de rétention du message, de même qu'une diminution de sa résistance au message. Un changement au niveau des croyances, des attitudes et du comportement peut alors se produire (Petty & Cacioppo, 1981).

Le communicateur peut influencer la qualité de la communication persuasive et changer l'attitude des gens, surtout lorsque la communication est faite par un expert ou un spécialiste (c.-à-d. une personne crédible). Les personnes exposées au message peuvent ainsi se laisser influencer plus facilement, puisqu'elles reconnaissent ses compétences. Le phénomène inverse est vrai lorsque le communicateur n'est pas un expert (Petty & Cacioppo, 1981). Par ailleurs, les auteurs de la théorie mentionnent que la personne qui communique le message perd beaucoup de crédibilité, si les personnes qui reçoivent son message ont par le passé exprimé leur désaccord avec ses opinions. Dans cette condition, son message passe plus difficilement et les attitudes des personnes exposées au message ne changent pas. Petty et Cacioppo (1981) parlent aussi de l'importance de la ressemblance générale entre la personne qui communique le message et celle qui le reçoit. La personne qui reçoit le message sera plus influençable, si elle perçoit un lien (p. ex. un trait de personnalité) ou une familiarité avec la personne qui communique le message.

Petty et Cacioppo (1981) mentionnent que trois caractéristiques personnelles soit l'intelligence, l'estime de soi et le sexe de la personne qui reçoit le message peuvent avoir un impact sur l'efficacité de la communication persuasive. Face à l'intelligence, McGuire (1969) rapporte qu'une personne très intelligente est moins facile à persuader qu'une personne normalement ou

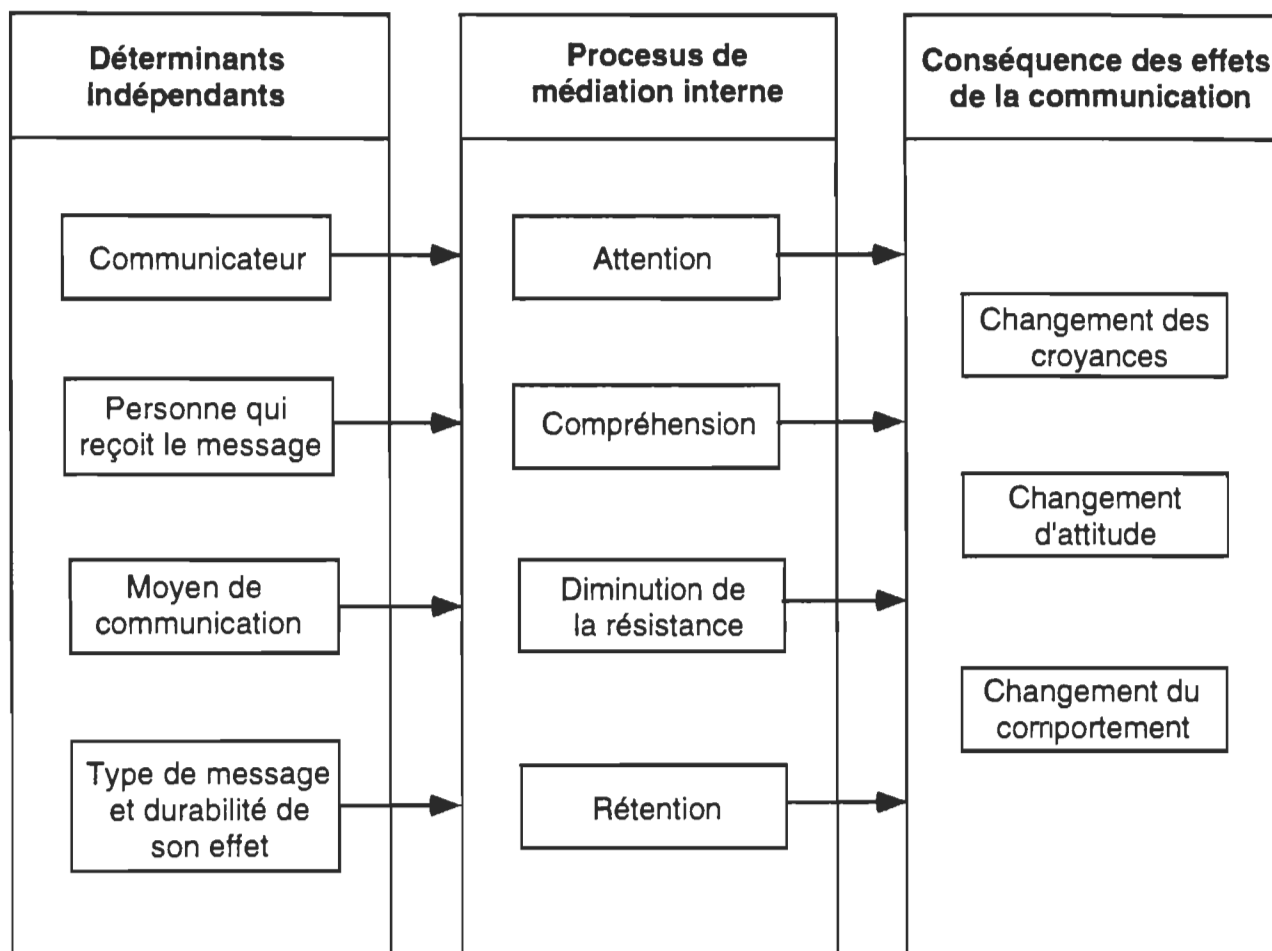


Figure 2. Illustration schématique de l'influence des déterminants du changement d'attitude (traduit de Petty & Cacioppo, 1981)

peu intelligente. Face à l'estime de soi, le même auteur rapporte qu'une personne présentant une faible estime de soi est moins sensible au contenu du message, et par voie de conséquence, moins susceptible de se laisser persuader. L'inverse est également vrai pour une personne présentant une grande estime d'elle-même.

Le moyen de communication par lequel le message est véhiculé provient de plusieurs types de médias : les médias imprimés (journaux, magazines, livres), les médias audio (radio, téléphones, enregistrements) et les médias audiovisuels (télévision, films, vidéocassettes). Cependant, selon Petty et Cacioppo (1981), l'approche face-à-face représente le moyen de communication le plus efficace. Il a généralement plus d'impact que les autres, car il laisse place à la communication interactive.

En ce qui concerne le dernier déterminant, soit le type de message et la durabilité de son effet, il y a longtemps qu'on en parle. La persuasion est souvent vue comme la clé du pouvoir et le message comme la clé de la persuasion (voir le texte de Jowett, 1937, pour plus d'informations à ce sujet). Petty et Cacioppo (1981) ont donc retenu le type de message comme facteur très important dans le processus de persuasion. À cet effet, les auteurs suggèrent qu'il existe différents facteurs d'influence comme la qualité des arguments et de la répétition du message.

La répétition d'un message est associée à une augmentation du niveau d'attention de la part de la personne qui reçoit le message, de sa compréhension et de sa rétention. Bref, cette approche favorise l'activation de l'ensemble du processus de médiation interne (qui comprend l'attention, la compréhension, la résistance et la rétention du message), qui favorise à son tour un changement de croyances, d'attitudes et même de comportements (Petty & Cacioppo, 1981). Cependant, pour stimuler l'activation du processus de médiation interne, la qualité du message est aussi importante. Ainsi, plus les arguments seront logiques, plausibles, précis et adaptés à la population visée et au contexte, plus ils seront susceptibles de provoquer l'activation du processus de médiation interne (Petty & Cacioppo, 1981).

Les postulats

La théorie du changement d'attitude de Petty et Cacioppo (1986a, 1986b) comprend sept postulats. Le premier d'entre eux est l'un des principes directeurs de la théorie. En accord avec l'opinion de Festinger's (1950) voulant que l'évaluation d'une attitude soit nécessairement subjective, le premier postulat formule l'idée que les gens doivent être motivés à garder une attitude appropriée, c'est-à-dire une attitude qui peut avoir des effets positifs sur les composantes affectives, cognitives et comportementales des gens. Les auteurs (Petty & Cacioppo, 1986a, 1986b) laissent ainsi supposer qu'une attitude non appropriée est généralement nuisible au développement général des personnes.

Bien que la majorité des gens veulent avoir et veulent maintenir des attitudes appropriées, Petty et Cacioppo (1986a, 1986b) proposent un deuxième postulat voulant que le degré d'engagement et la capacité de traiter le message varient d'une personne à une autre en fonction de facteurs individuels et situationnels. Petty et Cacioppo (1986a, 1986b) mentionnent que les différences individuelles dépendent de deux caractéristiques personnelles, soit : (1) la motivation et (2) la capacité de traiter un message. De plus, en référence à la théorie de Kohlberg (1963), les auteurs affirment que l'interprétation des attitudes appropriées et non appropriées est propre à chaque individu. Elle dépend de critères personnels qui varient également en fonction des situations.

Le troisième postulat de la théorie porte sur les variables pouvant affecter la force et la direction du changement d'attitude. Ces variables sont l'apport d'arguments persuasifs, l'apport d'indices périphériques et la forme du message. Les auteurs (1986b) définissent le terme argument comme suit :

«[...] "les arguments" sont les informations contenues dans un message qui permettent à une personne d'évaluer l'objet du message (p. ex. une personne, un sujet, un phénomène) quels que soient ses intérêts» (p. 18). (traduction libre)

Les indices périphériques pouvant affecter le changement d'attitude font référence aux stimuli dans un contexte de persuasion. À cet effet, Petty et Cacioppo (1986b) affirment que :

«[...] les indices périphériques réfèrent à des stimuli dans un contexte de persuasion qui peuvent influencer les attitudes sans qu'une personne ait besoin d'analyser les arguments du message»
(p. 18). (traduction libre)

Toujours selon le troisième postulat, un message se caractérise par ses dimensions qualitative (c.-à-d., la qualité d'un message) et quantitative (c.-à-d., le nombre de fois qu'un message est répété).

Le quatrième postulat de la théorie de la VEC porte sur l'objectivité démontrée par les personnes lors de l'analyse des messages. Les auteurs de la théorie proposent que la valeur des arguments d'un message peut influencer, de façon objective, la motivation et la capacité des personnes de traiter le message. Les auteurs mentionnent également que les points forts des arguments persuasifs ressortent davantage que les points faibles, lorsqu'une personne procède à une analyse rigoureuse des arguments. Le raisonnement inverse s'applique lorsque l'analyse manque de rigueur. En relation avec la rigueur de l'analyse des arguments, Petty et Cacioppo (1986a, 1986b) considèrent que la répétition d'un message donne à l'individu le temps de d'examiner en profondeur le message.

Selon Petty et Cacioppo (1986b, p. 19), il est possible de changer les attitudes des gens même s'ils ne possèdent pas la motivation et la capacité de traiter l'information véhiculée dans le message. En effet, selon le cinquième postulat de la théorie, d'autres facteurs tels que l'intelligence, la distraction, la répétition des arguments, l'engagement personnel peuvent influencer la motivation et la capacité des gens à traiter un message. La crédibilité, l'attrait du message, les émotions qu'il suscite, la quantité de détails qu'il contient, les réactions qu'il provoque chez les gens (applaudissements), de même que la qualité des arguments utilisés représentent autant d'indices périphériques

pouvant influencer la motivation et la capacité des personnes à traiter l'information véhiculée dans le message. Tous ces indices de persuasion sont fonction des processus non cognitifs de la personne (p. ex. par conditionnement, émotions). Enfin, bien que selon le quatrième postulat, la répétition d'un message permettrait aux personnes de prendre en compte les mérites d'un argument de manière relativement objective, il appert, selon le cinquième postulat, qu'une répétition excessive peut aussi influencer la motivation et entraîner un rejet du message (Petty & Cacioppo, 1986b, p. 131).

Le sixième postulat indique qu'il existe deux routes possibles pour changer les attitudes. Premièrement, lorsque la motivation et la capacité de traiter des arguments diminuent, les indices périphériques deviennent des déterminants relativement plus importants de persuasion. Ceci correspond à la «route périphérique», c'est-à-dire celle empruntée par l'individu lorsque la motivation et la capacité de traiter des arguments sont à la baisse. À l'inverse, à mesure que le degré d'analyse des arguments augmente chez la personne qui reçoit le message, les indices périphériques deviennent des déterminants de persuasion relativement moins importants (Petty & Cacioppo, 1986a, 1986b). Les individus empruntent alors la «route centrale».

Enfin, le septième postulat complète le sixième en ce sens qu'il traite de l'influence de la route empruntée (centrale ou périphérique) sur la durabilité du changement d'attitude. Ainsi, on observe qu'un changement d'attitude qui résulte de l'analyse rigoureuse des arguments du message (route centrale) est beaucoup plus durable, prédictif du comportement, de même que plus résistant à la contre-persuasion que le changement d'attitude qui résulte de l'effet des indices périphériques (Petty & Cacioppo, 1986a, 1986b).

Le processus du changement d'attitude

Comme mentionné aux sixième et septième postulats de la théorie de la VEC, Petty et Cacioppo (1981) ont proposé que deux routes (centrale et périphérique) peuvent conduire à un changement d'attitude (voir figure 3). La

route centrale est empruntée lorsqu'une personne est disposée et motivée à recevoir la communication et qu'elle possède la capacité de la traiter. Cette route est associée à un traitement systématique de l'information. À l'encontre, la route périphérique est empruntée lorsqu'une personne trouve sa motivation et sa capacité de traiter l'information seulement après l'influence des indices périphériques. Cette route est habituellement empruntée sans qu'il soit nécessaire d'examiner de près la valeur de l'information présentée.

En confrontant l'individu à la nature des arguments compris dans le message, la route centrale favorise la persuasion. La personne qui perçoit que le message est basé sur des arguments forts développera des croyances favorables prédominantes qui se traduiront par un changement d'attitude durable (Petty & Cacioppo, 1981). À l'opposé, la personne qui perçoit que le message est basé sur des arguments faibles développera une contre-argumentation où les croyances défavorables prédomineront. Il est alors possible que cette personne soit exposée à l'effet «boomerang» (Petty & Cacioppo, 1981). Il s'agit en fait d'une persuasion renversée, c'est-à-dire que les croyances défavorables l'emportent sur les croyances favorables, conduisant ainsi à la formation d'une attitude défavorable.

Deux conditions peuvent amener une personne à se demander quelle est la nature de l'argumentation du message. Premièrement, lorsque le message perçu provoque chez une personne motivée et capable de traiter l'information un sentiment d'ambiguïté et deuxièmement lorsqu'une personne, après avoir reconsidérer les arguments du message, devient motivée et capable de traiter l'information. Devant cette interrogation, une personne peut alors se laisser influencer par ses croyances négatives préexistantes. Il y a alors formation d'attitudes négatives qui vont dans le sens contraire de la persuasion (effet boomerang). À l'opposé, si l'individu se laisse influencer par ses croyances positives préexistantes, il y a formation d'attitudes positives durables conduisant à la persuasion (Petty & Cacioppo, 1981). Pour sa part, l'individu qui démontre une attitude ni favorable, ni défavorable (attitude neutre)

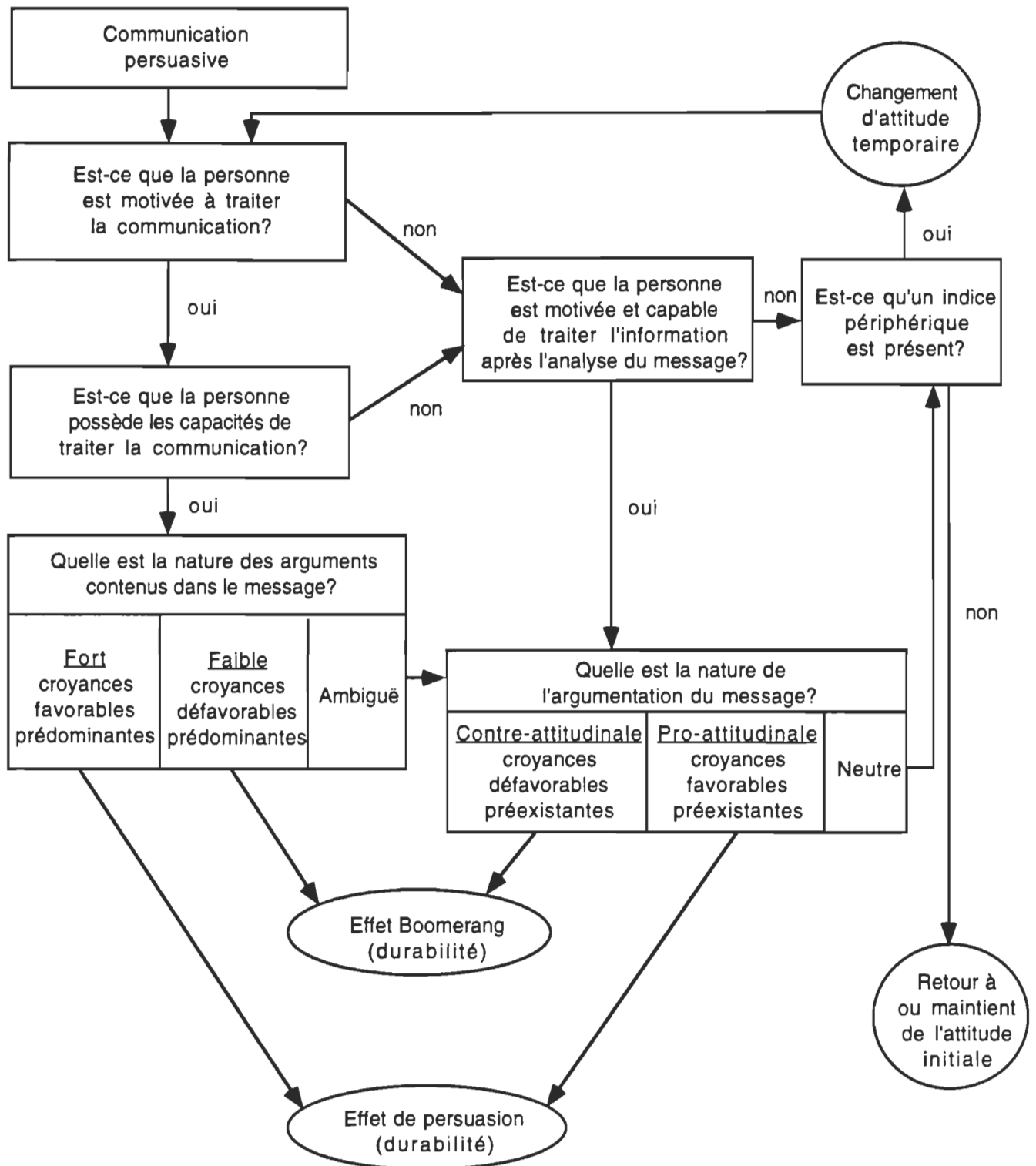


Figure 3. Illustration schématique du modèle du changement d'attitude (traduit de Petty & Cacioppo, 1981)

peut être influencé par un indice périphérique (p. ex. un affect positif ou négatif, une personnalité reconnue, le nombre d'arguments). Ceci mène alors à un changement d'attitude temporaire. Si par contre, l'individu n'est influencé par aucun indice périphérique, il reviendra à son attitude initiale et la maintiendra.

En résumé, selon la théorie du comportement planifié, il semble indiqué de croire qu'on peut modifier l'attitude des étudiantes en soins infirmiers à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida, par l'entremise des croyances. Pour y parvenir, il est toutefois impératif de s'appuyer sur une théorie du changement d'attitude. À cet effet, des études antérieures (Cacioppo, Crites, Berntson, & Coles, 1993; Cacioppo, Petty, & Morris, 1983; Cacioppo, Petty, & Sidera, 1982; Ernst & Heesacker, 1993; Heesacker & Cacioppo, 1983) ont démontré l'efficacité de la théorie de l'évaluation cognitive de Petty et Cacioppo à modifier les attitudes à partir de messages persuasifs. Ces deux théories seront donc utilisées dans le cadre de la présente recherche.

CHAPITRE II
RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre comporte trois parties principales. La première traite des études portant sur les attitudes du personnel infirmier à l'endroit des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida. La deuxième partie porte sur l'efficacité et la validité de la théorie du comportement planifié dans le secteur de la santé. De plus, afin de bien comprendre l'apport des différentes variables du modèle dans la prédiction des comportements de santé, des exemples concrets sont présentés. La troisième section concerne les études traitant du changement d'attitude qui s'appuient sur la théorie de la vraisemblance d'élaboration cognitive de Petty et Cacioppo (1981, 1986a, 1986b). Finalement, la formulation définitive des hypothèses de recherche vient clore ce chapitre.

Les attitudes envers les soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida

Les données statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) démontrent qu'en 1988, cinq millions de personnes étaient infectées par le virus du sida (VIH). Plus tard, en 1992, l'OMS estimait qu'environ dix millions de personnes étaient infectées par ce même virus. Pour l'an 2000, cet organisme estime qu'il y en aura trente à quarante millions, soit trois à quatre fois plus qu'à l'heure actuelle (Legault-Faucher, 1992). Cela signifie que ces personnes infectées au VIH ont 100 % des probabilités de développer, dans un délai moyen de sept ans, la maladie du sida. Il y a donc une forte probabilité qu'elles aient recours dans un avenir rapproché aux services de professionnelles en soins de santé tels que ceux des infirmières.

Ces statistiques ont des effets considérables sur les comportements du personnel infirmier. Dans une étude menée auprès de 1203 infirmières de la Californie, Van Servellen, Lewis et Leake (1988) ont examiné la controverse que vivent les infirmières quant aux soins à accorder à une clientèle vivant avec le sida. Les auteurs de l'étude rapportent que 23.1 % des infirmières refuseraient d'occuper un emploi où les soins s'adresseraient à des personnes vivant avec le sida ou à risque, et que 53.6 % refuseraient de leur prodiguer

des soins. Enfin, 38.4% des infirmières étaient moyennement ou extrêmement inconfortables avec l'idée de prodiguer des soins à une clientèle à risque comme les patients homosexuels.

Pour leur part, Forrester et Murphy (1992) ont voulu comparer les attitudes des infirmières en fonction de la particularité des maladies des usagers. Leur échantillon est composé de 360 infirmières volontaires. Les résultats révèlent que les infirmières expriment une attitude préjudiciable plus élevée et une diminution de leur volonté à prodiguer des soins lorsqu'elles interviennent auprès d'usagers diagnostiqués comme étant sidatiques comparativement aux autres usagers. Les résultats de l'étude indiquent également que les infirmières ont des attitudes beaucoup plus défavorables envers les usagers vivant avec le sida qu'envers ceux diagnostiqués comme étant leucémiques. En regard de certains facteurs de risque associés au sida, Forrester et Murphy (1992) ont aussi formulé l'hypothèse que les infirmières expriment une attitude préjudiciable plus élevée et une diminution de leur volonté à prodiguer des soins lorsqu'elles interviennent auprès d'usagers homosexuels plutôt qu'auprès d'usagers hétérosexuels. Les résultats obtenus quant à l'orientation sexuelle ne révèlent cependant pas de différences significatives. Enfin, d'autres résultats indiquent que les infirmières ont des attitudes beaucoup plus défavorables envers les consommateurs de drogues injectables qu'envers les non-consommateurs.

La recherche de Forrester et Murphy (1992) sur les usagers diagnostiqués comme sidatiques et à risque a été à la source d'autres études. Celle de Plant et Foster (1993) indique que certaines infirmières refuseraient d'intervenir auprès de personnes vivant avec le sida si elles en avaient le choix. Les résultats indiquent qu'une minorité d'infirmières (17.7 %) étaient favorables à l'idée de travailler à temps complet avec cette clientèle. De plus, la majorité (52.5 %) des infirmières avaient une attitude défavorable à l'égard d'un tel travail auprès de cette clientèle, tandis que 28.3 % étaient indécises. Il ressort donc de cette étude que les infirmières seraient favorables au droit de refuser de travailler auprès d'usagers vivant avec le sida.

Ces résultats correspondent à ceux de Lester et Beard (1988) qui indiquent que 49 % des étudiantes en soins infirmiers préfèrent ne pas soigner des usagers vivant avec le sida. Bref, on ne peut parler dans ces circonstances d'optimisation des soins infirmiers et, par voie de conséquence, d'adoption d'attitudes favorables envers des personnes vivant avec le sida ainsi que de comportements professionnels à leur égard.

Le droit de refus d'une infirmière ne peut être mis au profit du travailleur de la santé. L'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne (Ménard, 1988) édicte que :

«Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable» (p. 55).

L'article 2 de la Charte est conforme avec la position prise par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (voir l'appendice A) et s'applique à toute personne, y compris les infirmières. Cet article de loi a également la priorité sur la liberté qu'ont ces professionnelles de refuser ou d'accepter d'offrir leur service à la clientèle de leur choix. L'article 36 de la loi sur les infirmières et les infirmiers indique que :

«L'infirmière exerçant dans un établissement de santé ne pourrait refuser de soigner un malade du sida pour le "seul" motif qu'il est atteint de cette maladie, sans avoir à répondre du refus d'exécuter la prestation de travail prévue à son contrat de travail, puisque le fait de prodiguer des soins constitue une partie de l'exercice de sa profession...» (Ménard, 1988, p. 55).

Les facteurs explicatifs des attitudes défavorables

Les attitudes défavorables des infirmières envers les personnes vivant avec le sida, les amènent à penser au droit qu'elles pourraient avoir de refuser de travailler auprès de cette clientèle. Ces attitudes résultent, selon certaines études, de la peur de contracter la maladie (Barr, Waring, & Warshaw, 1992; Daniels, 1992; Dworkin, 1992; Gallop, Lancee, Taerk, Coates, & Fanning, 1992).

D'après Gallop, Lancee, Taerk, Coates et Flanning (1992), la peur de la contagion serait inversement proportionnelle aux connaissances acquises sur le sida de même qu'à l'expérience de travail effectuée auprès de la clientèle vivant avec le sida. Barr, Waring et Warshaw (1992) démontrent par ailleurs que les attitudes défavorables des infirmières envers les usagers vivant avec le sida peuvent persister même si ces professionnelles de la santé ont beaucoup de connaissances sur cette maladie. En effet, les auteurs prétendent que les infirmières demeurent sceptiques par rapport à l'information transmise par les médias ainsi que par les experts médicaux parce qu'elles ne sont pas convaincues de l'exactitude du message.

Dworkin (1992) suggère que les facteurs socio-politiques auraient pour effet d'augmenter la peur de contagion. Il affirme que les publicités récentes sur la transmission du virus du sida des usagers aux professionnelles de la santé ont augmenté la peur de ces dernières d'être infectées. Pour sa part, Daniels (1992) prétend que les campagnes de promotion sur le sujet ont eu moins d'effets prévus, et ce pour trois raisons. Premièrement, parce qu'elles nous laissent souvent dans une grande incertitude au sujet du degré de risque existant. Deuxièmement, parce que les perceptions au niveau du degré de risque diffèrent d'une personne à l'autre. Enfin, parce que le degré de perception du risque dépend de considérations pragmatiques objectives pour certains et subjectives pour d'autres.

Le taux réel de contamination

D'après les recherches effectuées par Bouvet (1992), on ne recense actuellement, au niveau mondial, qu'une cinquantaine de cas de contamination professionnelle prouvée. De ce nombre, les personnes les plus touchées sont les infirmières, qui représentent la moitié des cas. La plupart des contaminations observées sont causées par des piqûres avec des aiguilles souillées ayant déjà servi à effectuer un prélèvement sanguin ou à perfuser un client.

Bouvet (1992) en est arrivé à cette conclusion à la suite d'une recension des études prospectives portant sur les contaminations des professionnelles de la santé oeuvrant aux États-Unis. Les devis de recherche de ces études permettaient de suivre pendant un an les membres du personnel soignant victimes d'accidents avec du matériel souillé de sang infecté et d'évaluer le risque de contamination. Les résultats indiquent que le risque de contamination s'élève à 0.25 %, c'est-à-dire deux contaminations pour 1000 piqûres. Il appert ainsi que dans 99.75 % des cas, les infirmières contaminées ont acquis le virus à l'extérieur de l'hôpital (Bouvet, 1992). L'auteur mentionne toutefois qu'avec les précautions d'hygiène recommandées habituellement en milieu de soins, le risque de transmission du VIH au personnel de la santé est encore plus faible. S'appuyant sur les données du Centre pour le contrôle des maladies, Daniels (1992) mentionne qu'avec de telles mesures préventives le risque de contamination se chiffre plutôt entre 1/4500 à 1/130 000. Daniels (1992) mentionne que ces résultats pourraient servir d'arguments persuasifs pour vaincre les peurs de la transmission du VIH.

L'efficacité de la théorie du comportement planifié

Les résultats des quelques études rapportées jusqu'à présent révèlent que le personnel soignant a souvent des attitudes défavorables envers la pratique des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida (Barr, Waring, & Warshaw, 1992; Daniels, 1992; Dworkin, 1992; Forrester & Murphy, 1992;

Gallop, Lancee, Taerk, Coates, & Fanning, 1992; Lester & Beard, 1988; Van Servellen, Lewis, & Leake, 1988). Selon la théorie de Ajzen (1985, 1988), l'attitude, la norme sociale et la perception du contrôle sur le comportement permettraient d'expliquer les comportements humains comme ceux effectués par le personnel soignant envers les personnes vivant avec le sida.

La théorie du comportement planifié a fait l'objet de nombreuses études qui ont confirmé sa validité. Elles ont porté sur différents comportements tels qu'assister au cours à l'école (Ajzen & Madden, 1986), jouer aux jeux vidéo (Ajzen & Doll, 1992), tricher, voler et mentir (Beck & Ajzen, 1991) et avoir des passe-temps (Ajzen & Driver, 1992). Plus spécifiquement, dans le secteur de la santé, d'autres études ont aussi conclu à l'efficacité et à la pertinence de la théorie du comportement planifié (Beale & Manstead, 1991; Godin, Valois, Jobin, & Ross, 1991; Godin, Valois, & Lepage, 1993; Schifter & Ajzen, 1985). Tout d'abord, l'étude de Schifter et Ajzen (1985) a permis d'obtenir des données appuyant cette théorie en révélant l'existence de relations positives chez un groupe de collégiennes entre l'intention de perdre du poids, d'une part, et les variables attitudes, normes sociales et contrôle comportemental perçu, d'autre part. Les auteurs rapportent également une corrélation positive, quoique modérée, entre le comportement observé (quantité de poids perdu) et les variables indépendantes intention et contrôle comportemental perçu.

Godin, Valois, Jobin et Ross (1991) ont d'autre part étudié l'intention de faire de l'exercice chez 161 personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire. Les résultats de cette étude ont révélé que les trois variables qui prédisaient le plus l'intention de faire de l'exercice étaient la perception des barrières anticipées, les habitudes de pratique de l'activité physique et la perception des difficultés rencontrées. Ainsi, les auteurs ont observé une corrélation significative entre la perception du contrôle sur le comportement et l'intention de faire le comportement.

Pour sa part, l'étude de Godin, Valois et Lepage (1993) a porté sur l'intention de faire de l'exercice chez deux groupes de personnes : (1) les adultes en général (étude 1) et (2) les femmes enceintes (étude 2). Les

résultats de ces deux études révèlent que la perception du contrôle comportemental influence significativement l'intention de faire de l'exercice. Cependant, les résultats de la première étude révèlent une influence indirecte entre le comportement et l'intention, tandis que ceux de la 2^e étude indiquent une relation directe entre les deux mêmes concepts.

Enfin, Beale et Manstead (1991) ont étudié les raisons qui expliquent pourquoi les mères limitent ou non la consommation de sucre de leurs enfants. Ils ont eux aussi observé que la perception du contrôle comportemental présentait une corrélation significative avec le comportement.

Bref, les études recensées confirment l'efficacité de la théorie du comportement planifié de Ajzen et démontrent de plus que le rôle de la perception du contrôle sur le comportement peut s'exercer selon deux scénarios. D'une part, la perception du contrôle sur le comportement (PCC) peut influencer le comportement par l'entremise de l'intention au même titre que l'attitude (A) et la norme sociale (NS) lorsque le comportement semble sous le contrôle volontaire de la personne (Ajzen & Doll, 1992; Ajzen & Madden, 1986; Godin, Valois, Jobin, & Ross, 1991; Schifter & Ajzen, 1985). D'autre part, le contrôle comportemental perçu peut prédire directement le comportement, au même titre que l'intention, lorsque le comportement n'est pas sous le contrôle volontaire de l'individu (Beale & Manstead, 1991; Godin, Valois, & Lepage, 1993).

Bien que dans cette étude nous nous intéressons principalement au concept d'attitude, les autres variables du modèle seront également pris en compte afin de vérifier l'effet de la stratégie persuasive non seulement sur les attitudes, mais aussi sur l'ensemble des autres variables de la théorie (contrôle comportemental perçu, normes sociales, intentions).

La stratégie de changement d'attitude

Nous avons vu au premier chapitre qu'il était possible de changer l'attitude des gens grâce à la théorie de la VEC (Petty & Cacioppo, 1981, 1986a, 1986b). Ainsi, selon cette théorie un changement d'attitude peut être réalisé de deux façons, soit par la route périphérique (changement temporaire) ou la route centrale (changement durable). Cependant, tel que mentionné par les auteurs de la théorie, c'est la motivation de l'individu et sa capacité de traiter l'information qui détermineront par laquelle des deux voies le changement d'attitude sera réalisé.

Puisqu'il est relativement difficile d'influencer directement la motivation et la capacité des gens à traiter l'information, Petty et Cacioppo (1981) ont proposé de les influencer indirectement par l'entremise de quatre facteurs indépendants, soit : (a) le communicateur, (b) le type de message et la durabilité de son effet, (c) la personne qui reçoit le message et (d) le moyen de communication.

Le rôle du communicateur dans une stratégie persuasive a été examiné auprès d'étudiants en psychologie (Heesacker, Petty, & Cacioppo, 1983). Cette étude qui portait sur la communication d'un message par une personne crédible a eu pour effet d'influencer dans le sens souhaité, les sujets ayant une attitude favorable à l'égard de cette personne, et ce indépendamment du type d'arguments utilisés (faibles et forts). Par contre, les sujets qui avaient une attitude défavorable à l'endroit du communicateur ont perçu beaucoup d'arguments faibles comparativement aux arguments forts. Ils ne se sont pas laisser persuader par le porteur du message.

D'autres études ont porté sur l'influence du sexe de la personne qui reçoit le message sur le changement d'attitude (Chaiken & Eagly, 1976; Eagly, 1974, 1978). Eagly (1978) en est venu à la conclusion que les femmes ont de plus grandes habiletés verbales que les hommes et qu'elles sont plus enclines à écouter le contenu des arguments dans un message. Elles ont également tendance à se laisser plus souvent persuader que les hommes. Eagly (1978)

attribue aussi la différence des sexes au rôle social appris par la femme et l'homme. Bref, l'auteure dit que la femme a appris d'un point de vue social à coopérer et à maintenir l'harmonie. À l'opposé, l'homme a appris à être autoritaire et indépendant, ce qui fait qu'il est plus difficile à persuader.

Quant au moyen de communication, certains résultats d'études (Berelson, Lazarsfeld, & McPhee, 1954; Katz & Lazarsfeld, 1955) ont révélé un plus grand impact du message persuasif lorsque l'intervention était de type face-à-face. Ceci s'explique par le fait qu'il permet un contact audiovisuel et même imprimé. Il permet donc de conjuguer l'ensemble des médias.

Finalement, la répétition du message a aussi fait l'objet d'études. Wilson et Miller (1968) ont démontré que le fait de présenter trois fois un même argument à un jury permettait une meilleure rétention des arguments que si l'argument était présenté qu'une seule fois. Les membres du jury ont en effet avoué avoir retenu plus de recommandations quand ils étaient exposés trois fois aux arguments plutôt qu'une seule fois. Cependant, d'autres études (Cacioppo & Petty, 1979, 1980; Gorn & Goldberg, 1980; Miller, 1976) ont démontré que lorsque le message est répété trop souvent (au delà de cinq fois), le changement d'attitude décroît plutôt que d'augmenter.

En ce qui a trait à la qualité des arguments, Petty et Cacioppo (1981) ont défini le message persuasif comme un message qui génère des attitudes très favorables et le message peu persuasif, comme un message qui a peu d'influence sur l'attitude des gens. De plus, pour que les arguments soient persuasifs, il faut éviter les illogismes et les faussetés et adapter les arguments aux populations visées et au contexte social. De plus, les arguments doivent être précis, plausibles et être prétestés et adaptés avant de les utiliser (Cacioppo, Petty, & Morris, 1983; Petty & Cacioppo, 1979).

Voici un exemple d'argument persuasif tiré de Petty et Cacioppo (1986b) :

«Le "National Scholarship Achievement Board" a récemment révélé les résultats d'une étude s'étendant sur cinq ans et portant sur l'efficacité de l'examen de compréhension à l'Université Duke. Les résultats ont démontré que l'examen de compréhension introduit à l'Université Duke préparait bien les étudiants, car les notes avaient augmenté de 31 % à l'examen de graduation. Dans d'autres universités où il n'y avait pas eu d'examen de compréhension, les notes à l'examen de graduation n'ont augmenté que de 8 %. C'est donc dire que l'examen de compréhension amène, d'une part, l'étudiant à travailler plus fort et, d'autre part, le professeur à hausser la qualité de son enseignement. À noter que les résultats obtenus par l'Université Duke ont amené d'autres universités à utiliser un examen de compréhension afin de mieux préparer leurs étudiants à l'examen de graduation» (pp. 54-55). (traduction libre)

En rapport au même sujet, voici un exemple d'argument peu persuasif. Il est faux, il comporte des illogismes et il manque de précision :

«Le "National Scholarship Achievement Board" a récemment révélé les résultats d'une étude portant sur l'efficacité de l'examen de compréhension à l'Université Duke. Les résultats indiquent que le degré d'anxiété des étudiants a augmenté de 31 %. Dans d'autres universités où il n'y avait pas d'examen de compréhension, le degré d'anxiété n'a augmenté que de 8%. L'organisme en question a donc conclu que cette anxiété causée par la peur de l'examen ou de l'échec motivait les étudiants à étudier plus. Les résultats obtenus par l'Université Duke à l'égard de l'augmentation du degré d'anxiété devraient également être observés dans d'autres universités qui décideraient d'utiliser un examen de compréhension» (Petty & Cacioppo, 1986b, p. 57). (traduction libre)

Si l'on combine la qualité à la répétition d'un message, on peut s'attendre à des résultats similaires à ceux obtenus par Petty et Cacioppo (1979) dans leur étude. Leurs résultats indiquent que les sujets ont tendance à

avoir une attitude très favorable en présence d'arguments persuasifs, et ce d'autant plus que ces arguments sont répétés. À l'inverse, les sujets sont moins enclins à se laisser persuader et à changer leur attitude lorsque les arguments sont peu persuasifs, et ce, même s'ils sont répétés trois fois plutôt qu'une. De plus, l'auteur rapporte que les arguments persuasifs sont plus acceptés quand la répétition est en nombre modéré (trois fois). Lorsque la répétition du message se fait un trop grand nombre de fois, ces mêmes arguments peuvent être rejetés.

La stratégie retenue

Ainsi, bon nombre d'études ont démontré que l'impact d'une communication persuasive sur l'attitude peut s'exercer par l'entremise de différents facteurs externes à la personne qui reçoit le message tels que le communicateur, le type de message et la durabilité de son effet, la personne qui reçoit le message et le moyen de communication (Berelson, Lazarsfeld, & McPhee, 1954; Cacioppo & Petty, 1979, 1980; Chaiken & Eagly, 1976; Eagly, 1974, 1978; Gorn & Goldberg, 1980; Heesacker, Petty, & Cacioppo, 1983; Hovland, Janis, & Kelley, 1953; Katz & Lazarsfeld, 1955; McGuire, 1969; Miller, 1976; Petty & Cacioppo, 1981, 1986a, 1986b; Petty, Cacioppo, & Morris, 1983; Petty, Cacioppo, Sedikides, & Strathman, 1988). Cependant, puisque l'étude menée par Barr (1992) indique que les infirmières sont souvent sceptiques face aux messages véhiculés par les experts médicaux, la stratégie en rapport avec la crédibilité du communicateur ne sera pas retenue dans la présente étude. De plus, considérant que nous avons peu de contrôle sur la personne qui reçoit le message, nous ne retiendrons pas ce déterminant dans notre stratégie persuasive. En ce qui concerne le moyen de communication, nous retenons le face-à-face puisque nous avons l'occasion d'enseigner à un groupe d'étudiantes inscrites en soins infirmiers. Finalement, la stratégie que nous utiliserons dans cette étude est basée sur la répétition du message.

De nombreuses études ont démontré que la répétition du message donne une chance supplémentaire aux personnes d'emmagasiner l'information

et ainsi de mieux former leurs attitudes (Cacioppo & Petty, 1979, 1980; Gorn & Goldberg, 1980; Miller, 1976; Petty & Cacioppo, 1981, 1986a, 1986b, Petty, Cacioppo, Sedikides, & Strathman, 1988; Wilson & Miller, 1968). De plus, ces études ont rapporté qu'un message répété modérément (trois fois) donnait l'occasion aux gens de se faire une idée précise de l'information véhiculée et de modifier leurs attitudes en conséquence.

Les hypothèses de recherche

Compte tenu du fait que la peur peut être la cause des attitudes défavorables des étudiantes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida (Barr, Waring & Warshaw, 1992; Daniels, 1992; Dworkin, 1992; Gallop, Lancee, Taerk, Coates & Fanning, 1992) et que cette peur pourrait être due à un manque de connaissances (Gallop, Lancee, Taerk, Coates & Fanning, 1992), il apparaît qu'un programme d'intervention visant à augmenter les connaissances concernant la maladie du sida pourrait modifier les croyances et les attitudes des étudiantes. Sur la base de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985, 1988) et de la théorie de la vraisemblance d'élaboration cognitive (Petty & Cacioppo, 1981, 1986a, 1986b), la présente recherche a donc pour but de vérifier l'effet d'un programme d'intervention (stratégie persuasive) sur les attitudes des étudiantes en soins infirmiers à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida. Ainsi la variable indépendante de cette recherche est la stratégie persuasive de communication (c.-à-d., un message persuasif répété de type face-à-face). La variable dépendante est l'attitude émise par les sujets suite à l'exposition au message persuasif.

Bref, la présente recherche veut vérifier l'hypothèse qu'une intervention au niveau des croyances des étudiantes infirmières face aux soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida peut modifier leurs attitudes. Plus spécifiquement, cette recherche permettra de vérifier les deux hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : La stratégie persuasive élaborée selon la théorie de la VEC devrait provoquer un changement positif au niveau des variables de la théorie du comportement planifié particulièrement en ce qui a trait aux attitudes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida.

Hypothèse 2 : Tel que prédit par le modèle du comportement planifié, l'attitude, les normes sociales et le contrôle comportemental perçu devraient être de bons prédicteurs de l'intention de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida.

À noter que ces hypothèses poursuivent un but bien précis, soit d'aider l'étudiante infirmière à adopter un comportement conforme face au code de déontologie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.) et face à la position prise par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C.) devant l'obligation de prodiguer des soins aux clients vivant avec le sida comme à tout autre clientèle.

CHAPITRE III
MÉTHODOLOGIE

Ce troisième chapitre vise à présenter les opérations qui ont été effectuées pour mener à bien la présente étude et qui ont contribué à vérifier empiriquement les hypothèses de recherche retenues. On y retrouve cinq parties principales : (1) le type de recherche retenu, (2) les sujets à l'étude, (3) les instruments de mesures utilisés, (4) la procédure de collecte des données, et finalement (5) le plan d'analyse des données.

Le type de recherche

Deux raisons nous ont amené à réaliser une recherche quasi-expérimentale. Premièrement, nous voulions avoir un contrôle sur la variable indépendante (c.-à-d., le message persuasif répété par le moyen de communication de type face-à-face) afin de mieux connaître ses effets sur la variable dépendante (c.-à-d., les attitudes des étudiantes envers les soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida). Deuxièmement, les groupes de sujets de la présente étude ne pouvaient être formés au hasard pour des raisons d'ordre organisationnel, structurel et décisionnel.

Le devis sur lequel nous avons pris appui se caractérise par sa séquence temporelle : il y a la première mesure de la variable dépendante au temps 1, l'intervention du chercheur au temps 2 et enfin, la deuxième mesure de la variable dépendante au temps 3. De façon plus spécifique, l'expérimentateur a évalué au temps 1 (T_1), l'attitude de deux groupes d'étudiantes (contrôle et expérimental) en soins infirmiers face aux soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida. Par la suite, au temps 2 (T_2), le groupe expérimental a été exposé au message persuasif, tandis que le groupe témoin n'a reçu aucun message persuasif. Finalement, l'attitude des deux groupes d'étudiantes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida a été mesurée à nouveau au temps 3 (T_3). Le tableau 1 illustre de façon plus concrète le devis retenu.

Tableau 1
Illustration schématique du devis quasi-expérimental
utilisé dans la présente étude

	Temps		
	T ₁	T ₂	T ₃
Groupe expérimental	Attitude à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida	Avec message persuasif	Attitude à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida
Groupe témoin	Attitude à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida	Sans message persuasif	Attitude à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida

Les sujets

La population cible de l'étude se définit comme étant l'ensemble des étudiantes en troisième année collégiale inscrites au programme de soins infirmiers de la région 04 pour l'année 1993-1994. Cette population regroupe quatre collèges, soit : (1) le Cégep de Shawinigan, (2) le Cégep de Trois-Rivières, (3) le Cégep de Drummondville, et (4) le Cégep de Victoriaville. Considérant que le nombre moyen d'étudiantes en troisième année collégiale en soins infirmiers est d'environ 30, la population totale est estimée à 120 étudiantes.

La décision de ne pas inclure les étudiantes en première et en deuxième années collégiales en soins infirmiers repose sur le fait que ces dernières ont moins d'expérience et de connaissances face aux personnes vivant avec le

sida. De plus, le message persuasif retenu est compatible avec la matière enseignée lors de la 3^e année collégiale.

C'est à partir de la population cible à l'étude que nous avons sélectionné notre échantillon. Celui-ci contient deux groupes d'étudiantes de troisième année collégiale inscrites au programme de soins infirmiers pour l'année 93-94. Le groupe expérimental est composé de 27 étudiantes provenant du Cégep de Shawinigan. Quant au groupe témoin, il est constitué de 47 étudiantes provenant du Cégep de Trois-Rivières.

Il importe de noter que notre échantillon est de type non probabiliste puisque le choix des groupes ne s'est pas fait au hasard. Nous avons en effet sélectionné les Cégeps de Shawinigan et de Trois-Rivières parce que l'expérimentatrice pouvait y intervenir plus facilement étant donné ses contacts professionnels. L'échantillon semble tout de même acceptable, puisqu'il comprend deux des quatre collèges faisant partie de la région 04. De plus, les 74 sujets participant à l'étude représentent tout près de 62 % de la population totale (120 étudiantes).

Les 27 étudiantes du Cégep de Shawinigan ont une moyenne de 25 ans, vingt-trois sont de sexe féminin et quatre de sexe masculin. D'autre part, les 47 étudiantes du groupe témoin ont un âge moyen de 23 ans. De ce groupe, trente-sept sont de sexe féminin et dix de sexe masculin. Notre échantillon est donc constitué de façon majoritaire de femmes ayant moins de 25 ans (voir le tableau 2).

Les instruments de mesure

Le questionnaire de recherche comprend trois parties, la troisième partie se sous-divisant elle-même en deux blocs de questions. Les deux premières parties, de même que le bloc I de la 3^e partie correspondent à la traduction française du questionnaire de Lester et Beard (1988). Pour cette traduction, nous avons eu recours à une traductrice. À noter qu'une demande d'utilisation

Tableau 2
Répartition des sujets de l'échantillon par catégorie d'âge et par sexe

Catégories d'âge	Groupe				Total (%)
	Expérimental		Témoin		
	Femmes (n=23)	Hommes (n=4)	Femmes (n=37)	Hommes (n=10)	
Moins de 20 ans	7	0	18	2	27 (36.5 %)
21-25 ans	9	3	11	5	28 (37.8 %)
26-30 ans	1	0	2	2	5 (6.8 %)
31-35 ans	4	1	3	0	8 (10.8 %)
36-40 ans	1	0	2	1	4 (5.4 %)
Plus de 41 ans	1	0	1	0	2 (2.7 %)

et de traduction du questionnaire avait été préalablement faite auprès des auteurs (voir l'appendice B). Nous avons retenu leur questionnaire parce qu'il s'adresse à une clientèle infirmière (c.-à-d., étudiantes en soins infirmiers) et aussi parce qu'il mesure des concepts auxquels nous nous intéressons (c.-à-d., connaissances et attitudes). Il s'agit aussi d'un questionnaire dont la fidélité a déjà été éprouvée par les auteurs auprès d'un groupe d'infirmières spécialistes dans le contrôle des infections. La valeur du coefficient alpha s'établit à .60.

Les trois parties du questionnaire de la présente étude correspondent respectivement (1) aux renseignements personnels, (2) aux connaissances sur le sida et (3) aux questions d'attitude à l'égard du sida. Dans la première partie, on demande aux sujets leur âge, leur sexe, leur principale source d'informations à l'égard du sida, s'ils connaissent une personne vivant avec le

sida et s'ils ont des contacts avec cette clientèle en tant qu'infirmière. Dans la deuxième partie, on demande aux étudiantes de répondre par «vrai», «faux» ou «je ne sais pas» à 19 énoncés visant à mesurer leurs connaissances sur le sida. Enfin dans le bloc I de la troisième partie du questionnaire, on demande aux étudiantes d'indiquer si elles sont (1) totalement d'accord, (2) d'accord, (3) ni d'accord, ni en désaccord, (4) en désaccord, (5) totalement en désaccord avec les 28 items d'attitude à l'égard du sida. Enfin, le bloc II de la troisième partie du questionnaire contient les variables appartenant à la théorie du comportement planifié de Ajzen (1985). On y retrouve des questions relatives aux attitudes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida, aux croyances personnelles, aux normes sociales, à la perception du contrôle sur le comportement et aux intentions.

Avant d'élaborer les items du deuxième bloc de questions, nous avons administré à quatre professeures expertes en soins infirmiers un questionnaire à questions ouvertes où il leur était demandé : (1) «Quels sont pour vous les avantages et les désavantages de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida» et (2) «Quels sont les principales personnes ou principaux groupes de personnes qui sont en accord ou en désaccord avec le fait de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida» (voir l'appendice C). Leurs réponses nous ont permis d'élaborer des questions correspondant aux variables de la théorie de Ajzen (1985) (voir l'appendice D).

En résumé, le bloc II de la troisième partie comprend huit sections. On y retrouve sept questions sur les croyances quant aux conséquences associées à l'adoption du comportement (section 1), sept questions sur l'évaluation de la valeur de ces conséquences (section 2), six questions sur les croyances relatives à ce que pensent des personnes influentes quant au comportement qu'une personne donnée devrait adopter (section 3), six questions portant sur la motivation à agir dans le sens exprimé par chacune de ces personnes influentes (section 4), trois questions sur les barrières perçues (section 5), trois questions sur les intentions comportementales (section 6), deux questions servant à mesurer directement la norme sociale (section 7) et enfin six questions sur la mesure directe de l'attitude (section 8).

L'étude des qualités métrologiques des instruments

Dans un premier temps, nous avons vérifié la validité de contenu de notre questionnaire d'attitude (mesure indirecte) auprès de six expertes, deux oeuvrant dans le domaine des théories d'attitudes et quatre dans le domaine des soins infirmiers. Nous leur avons demandé de bien vouloir répondre à quatre questions à l'égard des items d'attitude : (1) l'item reflète-t-il une attitude positive ou négative face aux soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida?; (2) l'item est-il ambigu?; (3) l'item est-il trop polarisé? (c.-à-d., est-ce que la majorité des répondants seraient soit totalement d'accord soit totalement en désaccord avec l'énoncé); (4) les dimensions sont-elles toutes couvertes par l'échelle d'attitude? À noter que les items présentés aux expertes étaient revus et éventuellement révisés lorsqu'à l'une des questions qui leur étaient demandées, au moins deux juges sur six exprimaient des réserves sur la qualité de l'item. Les résultats révèlent qu'il y a eu entente parfaite entre les six juges quant à la valeur favorable ou défavorable à donner aux items. Ainsi, en regard de la première question qui leur a été posée, les juges ont déclaré que les items étaient présentés de façon à ne pas refléter d'attitude positive ou négative. Quant à la deuxième question, tous se sont entendus pour dire que les items étaient très clairs. À la troisième question, les six experts ont répondu que les items n'étaient pas trop polarisés. Enfin, en regard de la quatrième question, les juges ont unanimement répondu que l'échelle d'attitude couvrirait toutes les dimensions que nous avons retenues.

Par ailleurs, la technique de consistance interne a été utilisée afin d'estimer la fidélité des échelles du questionnaire principal. Elle a été estimée avec la formule du coefficient alpha de Cronbach (1951).

Les tableaux 3 à 9 présentent les moyennes, écarts-types, corrélations item-total et coefficients alpha pour chacune des échelles de mesure de notre questionnaire : connaissances sur le sida (Tableau 3), mesure indirecte de l'attitude (Tableau 4), mesure directe de l'attitude (Tableau 5), mesure indirecte des normes sociales (Tableau 6), mesure directe des normes sociales (Tableau 7), contrôle comportemental perçu (Tableau 8), et intention comportementale

(Tableau 9). Dans l'ensemble les valeurs des corrélations item-total sont très satisfaisantes. Il en est de même des valeurs alphas qui varient entre .50 et .96: connaissances (.50); mesure indirecte de l'attitude (.62); mesure directe de l'attitude (.86); mesure indirecte des normes sociales (.88); mesure directe des normes sociales (.82); perception du contrôle sur le comportement (.76); intention (.96). Il semble ainsi à la lumière de ces résultats que nos échelles de mesure soient suffisamment fidèles pour être utilisées. Il importe toutefois de signaler que l'échelle de connaissances présente une valeur alpha relativement faible.

Tableau 3
Moyennes, écarts-types et corrélations item-total du questionnaire
de Lester et Beard sur les connaissances du sida

Item	Moyenne ¹	Écart-type	Corrélation item-total
1	1.0	0.1	.12
2	1.0	0.2	.21
3	0.6	0.5	.31
4	0.1	0.3	.05
5	0.4	0.5	.09
6	0.4	0.5	.20
7	0.6	0.5	.27
8	0.7	0.5	.22
9	0.9	0.3	.12
10	0.9	0.2	.20
11	0.7	0.4	.18
12	0.8	0.4	.26
13	0.3	0.5	.18
14	0.4	0.5	.01
15	0.2	0.4	.40
16	0.9	0.3	.18
17	0.4	0.5	.13
18	1.0	0.2	.06
19	0.9	0.3	.21

¹ Minimum = 0; maximum = 1
 $\alpha = .50$

Tableau 4
Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la
mesure indirecte de l'attitude selon la théorie de Ajzen

Item	Moyenne ¹	Écart-type	Corrélation item-total
1	5.0	3.4	.53
2	5.2	3.5	.54
3	3.8	4.2	.37
4	3.8	3.8	.35
5	2.3	3.6	.22
6	0.5	2.9	.11
7	0.6	3.0	.19

¹ Minimum = -9; maximum = +9
 $\alpha = .62$

Tableau 5
Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la
mesure directe de l'attitude selon la théorie de Ajzen

Item	Moyenne ¹	Écart-type	Corrélation item-total
1	5.1	1.2	.76
2	5.0	1.2	.74
3	6.4	1.0	.46
4	5.0	1.5	.56
5	5.5	1.4	.71
6	5.3	1.5	.73

¹ Minimum = 1; maximum = 7
 $\alpha = .86$

Tableau 6
Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la
mesure indirecte des normes sociales selon la théorie de Ajzen

Item	Moyenne ¹	Écart-type	Corrélation item-total
1	7.2	7.0	.71
2	9.6	6.6	.90
3	9.4	7.2	.87
4	1.1	5.5	.21
5	10.4	7.4	.84
6	9.4	7.9	.64

¹ Minimum = -21; maximum = +21
 $\alpha = .88$

Tableau 7
Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la
mesure directe des normes sociales selon la théorie de Ajzen

Item	Moyenne ¹	Écart-type	Corrélation item-total
1	4.9	1.2	.70
2	4.6	1.4	.70

¹ Minimum = 1; maximum = 7
 $\alpha = .82$

Tableau 8
Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la mesure
de la perception du contrôle sur le comportement selon la théorie de Ajzen

Item	Moyenne ¹	Écart-type	Corrélation item-total
1	5.2	1.4	.61
2	4.4	1.5	.61

¹ Minimum = 1; maximum = 7
 $\alpha = .76$

Tableau 9
Moyennes, écarts-types et corrélations item-total de la mesure
d'intention selon la théorie de Ajzen

Item	Moyenne ¹	Écart-type	Corrélation item-total
1	5.4	1.3	.92
2	5.6	1.3	.92

¹ Minimum = 1; maximum = 7
 $\alpha = .96$

Afin de vérifier la validité convergente des mesures directe et indirecte de l'attitude à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida, nous les avons mises en corrélation avec le questionnaire de Lester et Beard (1988). Les corrélations obtenues entre le questionnaire de Lester et Beard (1988) et les mesures directe et indirecte de l'attitude sont respectivement de .56 ($p < .0001$) et de .50 ($p < .0001$). Enfin la corrélation entre les mesures directes et indirectes de l'attitude est de .45 ($p < .0001$). Ces résultats révèlent que les mesures directes et indirectes de l'attitude ont une bonne validité convergente. Le tableau 10 illustre les résultats rapportés précédemment entre les différentes mesures de la variable attitude.

Tableau 10
Coefficient de corrélation de Pearson entre les différentes mesures d'attitudes

Échelles d'attitude	Lester et Beard	A	$\Sigma c \times v$
Lester et Beard	—		
Mesure directe de l'attitude (A)	.56****	—	
Mesure indirecte de l'attitude ($\Sigma c \times v$)	.50****	.45****	—

**** $p < .0001$

La sélection des arguments persuasifs

Le choix des arguments persuasifs utilisés dans le message adressé aux étudiantes s'est fait en deux étapes. Nous avons tout d'abord construit, à partir de la littérature existante, un questionnaire composé de dix arguments persuasifs (voir l'appendice E). Trois des arguments contenaient des données

statistiques démontrant le risque infime de contagion entre l'utilisateur et la professionnelle de la santé (Daniels, 1992). Trois autres arguments concernaient des articles de loi quant au rôle de l'infirmière. Enfin, les quatre autres arguments correspondaient à des faits réels quant à l'inactivation du virus du sida, les voies de transmission, le seuil de tolérance au virus et les interventions infirmières vues par les médecins. Dans l'ensemble, les arguments ont été choisis en fonction de trois critères : (1) ils devaient être utilisables auprès d'une population d'étudiantes en soins infirmiers; (2) ils ne devaient pas contenir d'illogismes et de faussetés; (3) ils devaient être précis et plausibles. Bref, la façon de procéder respectait les consignes de Petty, Cacioppo et Morris (1983) pour avoir un argument persuasif.

En second lieu, nous avons eu recours à un groupe de 18 étudiantes en soins infirmiers et quatre professeures en soins infirmiers. Pour chacun des dix arguments, les étudiantes et les expertes devaient indiquer sur une échelle à cinq niveaux à quel point chacun des arguments leur paraissait (1) aucunement persuasif, (2) un peu persuasif, (3) assez persuasif, (4) très persuasif et (5) extrêmement persuasif. Les étudiantes ont retenu les arguments 3, 7, 8, 9 et 10 lors de la première passation et les arguments 6, 7, 8, 9 et 10 lors de la deuxième passation. Quant aux quatre professeures en soins infirmiers, elles ont arrêté leur choix sur les arguments 2, 7, 8, 9 et 10 lors des première et deuxième passations. Les arguments 3 et 6 n'ont pas été retenus car ils n'ont été choisis que par le groupe des étudiantes. L'argument 2 a été rejeté lui aussi puisque seul le groupe des expertes l'avait choisi. Puisque les arguments 7, 8, 9 et 10 ont été retenus aussi bien par les étudiantes que par les professeures en soins infirmiers, et ce lors des deux passations, nous avons donc arrêté notre choix sur ces derniers. Le tableau 11 présente le degré moyen de persuasion des dix arguments proposés aux étudiantes et aux professeures expertes, tandis que le tableau 12 présente le contenu des quatre arguments retenus (7, 8, 9 et 10).

Tableau 11
 Degré moyen de persuasion des dix arguments proposés
 aux étudiantes et aux professeurs expertes

Numéro de l'argument	Étudiantes		Professeures expertes	
	1 ^{re} passation	2 ^e passation	1 ^{re} passation	2 ^e passation
1	1.9	1.8	2.0	1.8
2	2.9	2.4	4.8	4.8
3	3.7	2.8	3.8	4.0
4	2.9	1.9	3.5	3.5
5	3.0	2.8	2.0	2.3
6	3.3	3.1	3.8	3.5
7	4.1	3.4	5.0	5.0
8	4.0	3.3	4.0	4.3
9	3.6	3.1	4.5	4.3
10	4.3	3.4	4.0	4.3

minimun = 1; maximum = 5

Tableau 12
Arguments persuasifs retenus

Argument 7

Lorsque les précautions d'hygiène recommandées sont appliquées, le risque de transmission du VIH au personnel soignant se chiffre entre 1/4500 et 1/130 000.

Argument 8

Le rôle de l'infirmier/ère est d'informer les bénéficiaires des dangers de contamination au virus du sida pour les inciter à se prendre en main et ainsi combattre cette terrible maladie.

Argument 9

L'article 36 de la loi sur les infirmières et infirmiers dit : «L'infirmière exerçant dans un établissement de santé ne pourrait refuser de soigner un malade du sida pour le "seul" motif qu'il est atteint de cette maladie, sans avoir à répondre du refus d'exécuter la prestation de travail prévue à son contrat de travail, puisque le fait de prodiguer des soins constitue une partie de l'exercice de sa profession».

Argument 10

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C.) reconnaît qu'il existe des craintes et des idées fausses au sujet du syndrome d'une maladie transmissible pour laquelle il n'y a encore aucun remède et estime que les infirmiers/ères ont pour première responsabilité d'apaiser les craintes du public en l'éduquant.

Le processus de cueillette des données

L'accord des Cégeps concernés

En novembre 1993, nous avons communiqué par écrit avec les coordonnatrices en soins infirmiers du Cégep de Shawinigan et du Cégep de Trois-Rivières pour s'informer de la possibilité de pouvoir réaliser notre recherche auprès de leurs étudiantes de troisième année à la session hiver 1994 (voir l'appendice F). Suite à ces deux envois, deux réponses téléphoniques positives nous ont été acheminées.

L'étude principale

De façon à vérifier l'effet des messages persuasifs sur l'attitude et les autres variables de la théorie du comportement planifié, nous avons fait passer l'ensemble du questionnaire aux 27 étudiantes du groupe expérimental (Cégep de Shawinigan) avant et après qu'elles aient eu été exposées au traitement (messages persuasifs répétés à trois moments différents au cours de la session). Quant aux 47 étudiantes du groupe témoin (Cégep de Trois-Rivières), elles ont répondu à l'ensemble du questionnaire aux mêmes moments que les étudiantes du groupe contrôle. Elles n'ont toutefois reçu aucun message persuasif. En agissant de cette façon, nous avons pu comparer les attitudes des deux groupes au post-test et ainsi vérifier si l'effet des messages persuasifs s'était avéré significatif.

La première passation du questionnaire

Les sujets du groupe expérimental ($n=28$) ont répondu une première fois au questionnaire le 20 janvier 1994. Chaque répondante a signé un formulaire de consentement attestant qu'elle participait volontairement à la recherche (voir l'appendice G). Cette formule énonçait également l'engagement des chercheuses sur la confidentialité des résultats. Après avoir rempli le formulaire

de consentement, chaque répondante remplissait le questionnaire principal. La période de temps allouée a été de 20 minutes (de 8h40 à 9h00). Les sujets ont eu comme seule consigne de répondre à toutes les questions de façon individuelle.

Quant aux sujets du groupe témoin (n=52), ils ont répondu une première fois au questionnaire une semaine plus tard, soit le 31 janvier 1994, entre 11h00 et 11h20. Il en a été ainsi car le Cégep de Trois-Rivières débutait ses cours une semaine plus tard que le Cégep de Shawinigan. Les sujets ont signé le même formulaire de consentement et ils ont reçu les mêmes consignes avant de répondre au questionnaire.

La stratégie d'intervention

La stratégie d'intervention consistait à répéter un message persuasif (Petty & Cacioppo, 1981). Ce message était constitué des arguments persuasifs 7, 8, 9 et 10 retenus lors de la pré-expérimentation (voir le tableau 12). Ce message a été répété à trois reprises au cours de la session, soit le 31 janvier 1994, le 21 février 1994 et le 22 mars 1994.

Le message a été présenté au groupe expérimental selon trois méthodes différentes. La première consistait à présenter le message sous la forme d'une mise au point «INFO-SIDA» où la chercheure présentait les arguments persuasifs retenus. La deuxième méthode constituait un quiz de connaissances sur le sida. La chercheure posait des questions aux étudiantes et concluait la séance en présentant les arguments persuasifs. La troisième méthode était pour sa part présentée comme un rappel de connaissances sur le sida. Pour ce faire, quatre cas portant sur le sida dans la pratique professionnelle étaient présentés aux étudiantes afin de les confronter à certaines situations éventuelles. Suite aux réponses obtenues, la chercheure concluait en se référant aux mêmes arguments persuasifs. L'appendice H présente les détails de cette stratégie d'intervention.

La deuxième passation du questionnaire

Les groupes expérimental et témoin ont répondu une deuxième fois au questionnaire les 7 et 8 avril 1994 respectivement (voir la lettre explicative remise aux étudiantes à l'appendice G). Vingt-sept des 28 étudiantes du groupe expérimental ayant répondu au questionnaire lors de la première passation y ont également répondu une seconde fois. Il en est de même pour 47 des 52 étudiantes du groupe témoin. Tout comme lors de la première passation, une période de 20 minutes leur était accordée pour répondre aux questions. Enfin, une somme de 10 \$ a été allouée au hasard à deux répondantes (une dans chaque groupe) afin de les remercier d'avoir bien voulu participer à l'étude. Nous avons également tenu à remercier le personnel enseignant des groupes de classe concernés. Une lettre témoignant de notre gratitude a donc été envoyée aux responsables de la section «sciences infirmières» de deux collèges participants (voir l'appendice I).

Le plan d'analyse des données

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du progiciel statistique SAS (1992). De façon plus spécifique, les résultats de l'étude ont été soumis à des analyses de variance multivariées (MANOVA) et à des analyses de régression multiples. Ces analyses nous ont permis (1) de vérifier si l'attitude du groupe expérimental était plus favorable que celle du groupe témoin après l'exposition aux messages persuasifs et (2) d'identifier les variables de la théorie du comportement ayant le plus d'influence sur l'intention des infirmières de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida lorsqu'elles seront licenciées.

CHAPITRE IV

DESCRIPTION DES RÉSULTATS

Ce chapitre se divise en deux parties. La première partie est de nature descriptive et présente les moyennes et les écarts-types des variables mesurées dans le questionnaire. On y retrouve également les résultats des tests t comparant les groupes expérimental et témoin au prétest par rapport à ces mêmes variables. En cas d'inégalité entre les groupes, nous utiliserons l'analyse de covariance multivariée. De plus, l'importance des liens entre les variables de la théorie du comportement planifié est estimée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson. Dans la deuxième partie du chapitre, les résultats des analyses de variance multivariées (MANOVA) et des analyses de régression multiple ayant servi à vérifier les hypothèses de recherche sont présentés.

L'analyse descriptive

Les moyennes et les écarts-types des variables qui nous intéressent plus particulièrement (connaissances, mesures indirecte et directe de l'attitude et des normes sociales, la perception du contrôle sur le comportement et l'intention) sont présentés au tableau 13. Ces résultats révèlent que les moyennes sont relativement élevées et que les scores sont, dans l'ensemble, peu dispersés.

Des tests t ont été effectués afin de vérifier si les deux groupes différaient au prétest par rapport à l'ensemble des variables présentées au tableau 13. En termes plus concrets, des tests statistiques ont été effectués pour vérifier l'existence possible d'une différence entre ces deux groupes de sujets quant aux réponses qu'ils ont données à chacune des échelles utilisées. Les résultats révèlent quatre différences significatives correspondant aux variables suivantes : connaissance [GE = .61; GT = .67; $T(72) = 2.08$; $p < .05$], attitude indirecte [GE = 2.5; GT = 3.4; $T(72) = 1.97$; $p < .05$], contrôle comportemental perçu [GE = 4.3; GT = 5.1; $T(72) = 2.60$; $p < .05$] et intention [GE = 5.1; GT = 5.7; $T(72) = 2.20$; $p < .05$]. Compte tenu de ces résultats, nous utiliserons l'analyse de covariance multivariée pour vérifier notre première hypothèse de recherche. Les covariables sont la connaissance, l'attitude indirecte, le contrôle comportemental perçu et l'intention.

Tableau 13
Moyennes et écart-types des variables au prétest et post-test
en fonction des groupes

Variables	Groupe témoin		Groupe expérimental		Échantillon total	
	Prétest	Post-test	Prétest	Post-test	Prétest	Post-test
Connaissances	0.7±0.1	1.3±0.2	0.6±0.1	1.3±0.1	0.6±0.1	1.3±0.2
Mesure indirecte de l'attitude ($\Sigma c \times v$)	3.4±2.0	2.6±2.3	2.5±1.9	3.1±2.2	3.0±1.9	2.8±2.3
Mesure directe de l'attitude (A)	5.3±1.0	5.5±1.1	5.5±1.1	5.5±0.9	5.4±1.0	5.5±1.0
Mesure indirecte des normes sociales ($\Sigma CN \times MC$)	8.5±6.0	8.1±6.9	6.7±4.5	8.3±4.4	7.9±5.5	8.2±6.1
Mesure directe des normes sociales (NS)	4.9±1.3	5.0±1.2	4.6±1.1	4.6±0.9	4.8±1.2	4.9±1.1
Perception du contrôle sur le comportement (PCC)	5.1±1.4	5.2±1.3	4.3±1.1	5.2±1.1	4.8±1.3	5.2±1.2
Intention (I)	5.7±1.1	5.8±1.0	5.1±1.4	5.7±1.0	5.5±1.3	5.8±1.0

Connaissance: minimum = 0 maximum = 2
 $\Sigma c \times v$: minimum = -9 maximum = 9
A : minimum = 0 maximum = 7
 $\Sigma CN \times MC$: minimum = -21 maximum = +21
SN, PCC, I : minimum = 1 maximum = 7

Par ailleurs, l'examen du tableau 14 permet de juger de l'importance des liens entre les différentes échelles de mesure utilisées. Les résultats révèlent que toutes les corrélations entre les échelles sont positives. Elles oscillent au prétest entre .12 et .56 et au post-test entre .28 et .73. On peut donc affirmer qu'il existe un lien entre les variables, et ce autant au prétest qu'au post-test. Ces résultats sont tout à fait cohérents avec la littérature puisque la mesure d'une opinion exprimée plusieurs fois comporte moins d'erreurs de mesure que celle exprimée pour la première fois ou rarement (Fazio, 1986).

Il importe également de noter que les variables prédictrices du modèle théorique du comportement planifié de Ajzen (1985, 1988), soit l'attitude ($A = .73$; $\Sigma c \times v = .62$), les normes sociales ($NS = .54$; $\Sigma CN \times MC = .36$) et la perception du contrôle sur le comportement ($PCC = .54$) sont fortement corrélées avec la variable intention.

La vérification des hypothèses de recherche

La première hypothèse de recherche prévoyait qu'un message persuasif construit sur la base de la théorie du changement d'attitude de Petty et Cacioppo (VEC) provoquerait un changement positif au niveau des variables de la théorie du comportement planifié particulièrement en ce qui a trait aux attitudes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida. En d'autres mots, cette hypothèse exprime l'idée qu'une stratégie d'intervention qui favorise l'acquisition de nouvelles croyances peut changer les attitudes des étudiantes infirmières si cette stratégie est répétée plusieurs fois. Les résultats relatifs à cette hypothèse seront présentés dans un premier temps. Suivra ensuite, la présentation des résultats concernant la deuxième hypothèse voulant que les variables du modèle du comportement planifié (c.-à-d., l'attitude, les normes sociales et le contrôle comportemental perçu) soient de bons prédicteurs de l'intention de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida.

Tableau 14
Coefficients de corrélation de Pearson entre les différentes
variables de la théorie de Ajzen au prétest et post-test¹

	A	$\Sigma c \times v$	NS	$\Sigma CN \times MC$	I	PCC
Mesure directe de l'attitude (A)	—	.45****	.48****	.16*	.51****	.48****
Mesure indirecte de l'attitude ($\Sigma c \times v$)	.66****	—	.31**	.38***	.47****	.32**
Mesure directe des normes sociales (NS)	.45****	.46****	—	.33**	.51****	.56****
Mesure indirecte des normes sociales ($\Sigma CN \times MC$)	.30**	.30**	.31**	—	.21*	.12*
Intention (I)	.73****	.62****	.54****	.36**	—	.54****
Perception du contrôle sur le comportement (PCC)	.60****	.59****	.42***	.28*	.72****	—

¹ Les corrélations relatives au prétest et au post-test apparaissent respectivement au-dessus et au-dessous de la diagonale (n=74 sujets)

* p < .05
 ** p < .01
 *** p < .001
 **** p < .0001

L'analyse de covariance

La vérification de la première hypothèse de recherche s'est faite à l'aide de deux analyses de covariance multivariées. Ce test a pour objet de comparer les groupes expérimental et témoin au post-test par rapport aux variables de la théorie du comportement planifié en contrôlant pour les différences observées entre les deux mêmes groupes au prétest par rapport aux variables suivantes : intention, perception du contrôle sur le comportement, mesure indirecte d'attitude et connaissances sur le sida. De façon plus spécifique, deux modèles ont été éprouvés en contrôlant les variables nuisibles : modèle 1 = intention, mesure directe de l'attitude, mesure directe des normes sociales et perception de contrôle perçu; modèle 2 = intention, mesure indirecte de l'attitude, mesure indirecte des normes sociales et perception de contrôle perçu. La première analyse MANOVA a débouché sur une valeur $F_{4,65}$ égale à 2.54 ($p < .05$). Des résultats similaires ont été obtenus pour le deuxième modèle : $F_{4,65} = 2.76$ ($p < .05$).

Pour chacun des deux modèles éprouvés, ces résultats suggèrent ainsi qu'il existerait une différence entre les groupes expérimental et témoin relativement aux variables dépendantes prises globalement. Par la suite, il s'est avéré nécessaire d'effectuer les analyses de covariance univariées afin de passer aux épreuves de la signification des différences observées entre les groupes expérimental et témoin pour chacune des variables dépendantes du modèle.

Les valeurs rapportées au tableau 15 indiquent qu'il existe une différence significative au niveau de l'intention, de la mesure directe d'attitude, de la mesure indirecte d'attitude et au niveau de la perception du contrôle sur le comportement. Par ailleurs, les moyennes ajustées présentées au tableau 16 nous amènent à reconnaître que les scores sont tous plus élevés chez le groupe expérimental que chez le groupe témoin sauf en ce qui a trait à la mesure directe des normes sociales (NS) où l'écart favorise légèrement le groupe témoin.

Tableau 15
Analyse de covariance des variables mesurées au post-test selon le groupe
(expérimental, témoin) en contrôlant les différences observées au prétest¹

Variables dépendantes	Variables indépendantes	dl	CM	F
Intention (I)	GR	1	2.77	5.59 *
	<i>I</i>	1	6.18	12.48
	<i>PCC</i>	1	10.49	21.19
	<i>($\Sigma c \times v$)</i>	1	0.66	1.33
	<i>Connaissance</i>	1	1.40	2.83
Mesure directe de l'attitude (A)	GR	1	3.50	6.57 *
	<i>I</i>	1	8.62	16.16
	<i>PCC</i>	1	4.18	7.83
	<i>($\Sigma c \times v$)</i>	1	1.71	3.21
	<i>Connaissance</i>	1	0.00	0.01
Mesure directe des normes sociales (NS)	GR	1	0.02	0.01 n.s.
	<i>I</i>	1	3.52	3.33
	<i>PCC</i>	1	3.68	3.49
	<i>($\Sigma c \times v$)</i>	1	0.09	0.08
	<i>Connaissance</i>	1	0.16	0.15
Mesure indirecte de l'attitude ($\Sigma c \times v$)	GR	1	32.22	9.63*
	<i>I</i>	1	3.57	1.07
	<i>PCC</i>	1	31.36	9.37
	<i>($\Sigma c \times v$)</i>	1	31.69	9.47
	<i>Connaissance</i>	1	0.07	0.02
Mesure indirecte des normes sociales ($\Sigma CN \times MC$)	GR	1	41.86	1.25 n.s.
	<i>I</i>	1	223.62	6.68
	<i>PCC</i>	1	0.34	0.01
	<i>($\Sigma c \times v$)</i>	1	1.20	0.04
	<i>Connaissance</i>	1	59.80	1.79
Perception du contrôle sur le comportement (PCC)	GR	1	4.07	4.39 *
	<i>I</i>	1	2.61	2.82
	<i>PCC</i>	1	20.33	21.93
	<i>($\Sigma c \times v$)</i>	1	0.61	0.66
	<i>Connaissance</i>	1	0.09	0.10

¹ Les variables de contrôle sont présentées en caractère italique

* $p < .05$

n.s. = non significatif

Tableau 16
Moyennes ajustées de l'analyse de covariance selon le groupe

Variables dépendantes	Groupe témoin	Groupe expérimental
Intention (I)	5.6	6.0
Mesure direct de l'attitude (A)	5.4	5.8
Mesure directe des normes sociales (NS)	4.9	4.8
Mesure indirecte de l'attitude ($\Sigma c \times v$)	2.2	3.7
Mesure indirecte des normes sociales ($\Sigma CN \times MC$)	7.6	9.3
Perception du contrôle sur le comportement (PCC)	5.0	5.5

Les analyses de régression multiple

La vérification de la deuxième hypothèse, soit la capacité de la théorie du comportement planifié à expliquer l'intention de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida, a été vérifiée à l'aide d'analyses de régression multiple. Deux modèles ont été testés de façon à pouvoir distinguer l'effet des

mesures directe et indirecte des attitudes et des normes sociales : (1) $I = f(A + NS + PCC)$; (2) $I = f(\Sigma c \times v + \Sigma CN \times MC + PCC)$.

Les résultats du tableau 17 indiquent que le premier modèle ($I = A + NS + PCC$) explique 38 % de la variance de l'intention au prétest tandis que le deuxième modèle ($I = \Sigma c \times v + \Sigma CN \times MC + PCC$) explique 37 % de la variance de cette même intention. Le tableau 18 est similaire au précédent, sauf qu'il rapporte les résultats obtenus au post-test. On remarque que les deux modèles permettent d'expliquer 67 % et 57 % de la variance de l'intention. La prédiction de l'intention semble donc être meilleure au post-test qu'au prétest. De plus, au post-test, on remarque que toutes les variables ont eu un effet significatif sur l'intention. Cependant, pour les deux modèles, ce sont les variables d'attitudes et de contrôle comportemental perçu qui prédisent le mieux l'intention.

Tableau 17
Prédiction (R^2) de l'intention au prétest pour la totalité de l'échantillon

Modèle	R ²	Beta standardisé	
Prédiction de l'intention			
1. I = f [A + NS + PCC]	.38****	β _A	= .26*
		β _{NS}	= .22*
		β _{PCC}	= .30**
2. I = f [(Σc × v) + (ΣCN × MC) + PCC]	.37****	β _{Σc × v}	= .32**
		β _{ΣCN × MC}	= .03 n.s.
		β _{PCC}	= .44****

n.s. = non significatif

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

**** $p < .0001$

Tableau 18
Prédiction (R^2) de l'intention au post-test pour la totalité de l'échantillon

Modèle	R ²	Beta standardisé	
Prédiction de l'intention			
1. I = f [A + NS + PCC]	.67****	β _A	= .40****
		β _{NS}	= .20**
		β _{PCC}	= .40****
2. I = f [(Σc × v) + (ΣCN × MC) + PCC]	.57****	β _{Σc × v}	= .26**
		β _{ΣCN × MC}	= .13*
		β _{PCC}	= .53****

n.s. = non significatif

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

**** $p < .0001$

D'autres analyses ont également été effectuées afin de vérifier la force de la prédiction de l'intention à l'intérieur de chacun des deux groupes. Les résultats du tableau 19 révèlent que chez le groupe expérimental, les modèles 1 et 2 n'expliquent que 11 % et 12 % de la variance de l'intention au prétest comparativement à 53 % et 50 % chez le groupe témoin.

Les valeurs rapportées au tableau 20 nous permettent de comparer la valeur des deux modèles au post-test relativement à la prédiction de l'intention. Chez le groupe témoin, les modèles 1 et 2 prédisent respectivement 63 % et 51 % de la variance de l'intention, comparativement à 74 % et 67 % pour le groupe expérimental. Les résultats révèlent donc que dans l'ensemble, le groupe expérimental est associé à une meilleure prédiction de l'intention. Pour

Tableau 19
Prédiction (R^2) de l'intention au prétest pour chaque groupe

Modèle	Groupe témoin (n=47)		Groupe expérimental (n=27)	
	R^2	Beta standardisé	R^2	Beta standardisé
1. $I = f [A + NS + PCC]$	.53****	$\beta_A = .36^{**}$ $\beta_{NS} = .34^*$ $\beta_{PCC} = .17^*$	.11*	$\beta_A = .24^*$ $\beta_{NS} = .11^{n.s.}$ $\beta_{PCC} = .23^*$
2. $I = f [(\Sigma c \times v) + (\Sigma CN \times MC) + PCC]$	.50****	$\beta_{\Sigma c \times v} = .48^{***}$ $\beta_{\Sigma CN \times MC} = .12^*$ $\beta_{PCC} = .50^{****}$	.12*	$\beta_{\Sigma c \times v} = .15^*$ $\beta_{\Sigma CN \times MC} = .21$ $\beta_{PCC} = .36^{n.s.}$

n.s. = non significatif * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ **** $p < .0001$

Tableau 20
Prédiction (R^2) de l'intention au post-test pour chaque groupe

Modèle	Groupe témoin (n=47)		Groupe expérimental (n=27)	
	R^2	Beta standardisé	R^2	Beta standardisé
1. $I = f [A + NS + PCC]$	.63****	$\beta_A = .33^{**}$ $\beta_{NS} = .27^*$ $\beta_{PCC} = .38^{***}$	.74****	$\beta_A = .51^{**}$ $\beta_{NS} = .12^s.$ $\beta_{PCC} = .37^*$
2. $I = f [(\Sigma c \times v) + (\Sigma CN \times MC) + PCC]$	.51****	$\beta_{\Sigma c \times v} = .25^*$ $\beta_{\Sigma CN \times MC} = .13^*$ $\beta_{PCC} = .51^{***}$	.67****	$\beta_{\Sigma c \times v} = .27^*$ $\beta_{\Sigma CN \times MC} = .15^*$ $\beta_{PCC} = .57^{**}$

n.s. = non significatif * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ **** $p < .0001$

les deux modèles, les variables attitudes, normes sociales et perception du contrôle sur le comportement ont toutes une influence significative sur l'intention. Enfin, les résultats des tableaux 19 et 20 nous permettent de constater l'écart au niveau de la valeur de prédiction de l'intention entre le prétest et le post-test chez le groupe expérimental, les R^2 passant de .11 et .12 à .74 et .67 respectivement. Il semble donc que la stratégie persuasive à l'aide du message répété a eu beaucoup d'influence sur la prédiction de l'intention.

Selon les différentes analyses effectuées, nous pouvons affirmer que les résultats obtenus supportent la première hypothèse de cette étude. C'est donc dire que la stratégie persuasive élaborée selon la théorie de la VEC a provoqué un changement positif au niveau des variables de la théorie du comportement planifié particulièrement en ce qui a trait aux attitudes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida.

Notre deuxième hypothèse a également été confirmée tel que démontrée par les analyses de régression multiple. Ainsi, en accord avec la théorie du comportement planifié, les résultats confirment que l'attitude, les normes sociales et le contrôle comportemental perçu sont de bons prédicteurs de l'intention de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida.

CHAPITRE V

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Nous présentons maintenant les principales conclusions qui se dégagent de l'analyse des résultats. Celles-ci sont discutées sur la base des aspects théoriques, méthodologiques et statistiques.

Le but de la présente étude était de vérifier l'effet d'un programme d'intervention sur les attitudes des étudiantes en soins infirmiers à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida. À cette fin, une intervention éducative (c.-à-d., présentation à trois moments différents du message persuasif) a été effectuée.

Deux modèles théoriques ont servi d'appuis à la formulation des hypothèses de recherche, soit la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988) et la théorie de la vraisemblance d'élaboration cognitive (Petty & Cacioppo, 1981). Selon la théorie du comportement planifié, il était permis de croire qu'une intervention au niveau des croyances des étudiantes pouvait changer leurs attitudes, de même que leur perception des normes sociales, du contrôle qu'elle exercent sur le comportement et leurs intentions. Quant à la deuxième théorie, elle est directement axée sur le processus de changement d'attitudes et de persuasion. Selon ce modèle, une personne doit développer des attitudes favorables pour fonctionner dans un environnement défini. De plus, un changement d'attitude peut se produire lorsque les gens sont exposés à une communication persuasive (Petty, Cacioppo, Sedikides, & Strathmann, 1988).

Conformément à la démarche prévue, il convient maintenant de discuter de façon plus spécifique des résultats obtenus. C'est en respectant la séquence des analyses réalisées au chapitre précédent et en se référant aux deux modèles théoriques retenus dans cette étude que nous discuterons des résultats obtenus.

Sur la base de ces deux théories, les résultats de notre recherche démontre que l'intervention éducative a eu un effet significatif sur l'attitude du groupe d'étudiantes infirmières exposé à la stratégie persuasive par rapport au groupe de comparaison. De façon plus spécifique, la variable indépendante

(c.-à-d., la stratégie persuasive de communication) a eu un effet positif sur l'attitude des étudiantes face aux soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida, de même que sur leur perception du contrôle qu'elles exercent sur le comportement et sur leur intention de prodiguer des soins à cette clientèle. En d'autres mots, les étudiantes ayant reçu le message persuasif ont présenté une attitude plus favorable à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida que les étudiantes n'ayant pas reçu le message. Elles ont aussi perçu qu'il y avait moins de facteurs qui pourraient les empêcher d'adopter un tel comportement et enfin elle ont rapporté une plus grande intention de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida.

La variable indépendante a donc influencé les croyances des étudiantes comme nous l'avions prévu. Selon la théorie de Ajzen (1985, 1988), il existe trois types de croyances : (1) les croyances personnelles quant aux conséquences associées à l'adoption du comportement ($\Sigma c \times v$); (2) les croyances liées à la présence ou à l'absence de facteurs qui facilitent ou nuisent à l'adoption du comportement (PCC); et (3) les croyances concernant ce que pensent des personnes influentes quant au comportement qu'une personne devrait adopter ($\Sigma CN \times MC$). Ainsi, la première hypothèse de l'étude est supportée par les données de la présente recherche. En effet, les résultats démontrent que nous avons réussi à influencer les croyances personnelles ($\Sigma c \times v$) et les croyances liées à la perception du contrôle sur le comportement (PCC). Seules les croyances normatives n'ont pas changé de façon significative. Il semble donc que le message persuasif n'ait pas amené les étudiantes infirmières à croire davantage que leurs collègues infirmières, l'infirmière chef de leur département, les médecins de l'unité de soins, les membres de leur famille, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et les membres de la communauté homosexuelle pensent qu'elles devraient prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida. Ce résultat n'est pas surprenant en soi, puisqu'avant la présentation du message persuasif, ces étudiantes croyaient déjà que ces personnes ou groupes de personnes influentes pensaient qu'elles devraient mettre en pratique un tel comportement (moyenne générale de 7.9 sur un maximum possible de 9). Il était donc difficile sinon impossible d'augmenter la force de ces croyances.

Les résultats de notre étude sont cohérents avec ceux obtenus dans les recherches où la théorie de la vraisemblance d'élaboration cognitive (VEC) de Petty et Cacioppo (1981) a été utilisée. Il a été démontré en effet qu'un message répété plusieurs fois et transmis de vive voix (face-à-face) a un effet significatif sur l'attitude, la perception du contrôle sur le comportement et l'intention des gens. Berelson, Lazarsfeld et McPhee (1954) de même que Katz et Lazarsfeld (1955) ont d'ailleurs démontré que le face-à-face était le moyen de communication le plus persuasif parmi un ensemble d'autres moyens de communication (p. ex. journaux, magazines, livres, téléphone, radio, enregistrements, télévision, films, vidéocassettes). Il importe aussi de noter que cette répétition du message à trois moments différents a permis une meilleure rétention des arguments et a favorisé le développement d'une attitude plus favorable à l'égard des soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida. Ce dernier résultat supporte l'étude de Wilson et Miller (1968) qui ont démontré que les membres d'un jury retenaient plus de recommandations lors d'un jugement lorsque les arguments leur étaient présentés trois fois plutôt qu'une seule fois. D'autres études ont aussi rapporté l'efficacité de la stratégie où un même message est répété trois fois pour induire un changement d'attitude (Cacioppo & Petty, 1979, 1980; Gorn & Goldberg, 1980; Miller, 1976).

La deuxième hypothèse voulait que les variables attitudes, normes sociales et contrôle comportemental perçu soient de bons prédicteurs de l'intention de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida. Pour vérifier l'efficacité prédictive ou prévisionnelle du modèle théorique de Ajzen, douze analyses de régression multiple ont été effectuées. Les résultats obtenus pour l'ensemble des sujets (groupes expérimental et témoin) révèlent que la prédiction de l'intention est meilleure au post-test qu'au prétest. Il semble donc que le message persuasif ait eu l'effet de consolider davantage les croyances des étudiantes. À cet égard, les travaux de Fazio (1986) démontrent que l'expression répétée d'une attitude augmente la force de la relation entre les attitudes, les intentions et les comportements. Les résultats indiquent également que toutes les variables du modèle (attitude, norme sociale et contrôle comportemental perçu) influencent de façon significative l'intention des futures infirmières à prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida.

Ceci signifie que plus les étudiantes infirmières ont une attitude favorable à l'égard du comportement, plus elles croient que leur entourage pense qu'elles devraient le mettre en pratique et plus elles perçoivent qu'il leur sera facile de le faire, plus elles ont l'intention de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida lorsqu'elles seront licenciées.

Les résultats obtenus permettent également de vérifier l'efficacité de la théorie du comportement planifié à l'intérieur de chacun des deux groupes de l'étude (expérimental et témoin). Bien qu'au prétest, la prédiction de l'intention comportementale est meilleure pour le groupe témoin que pour le groupe expérimental, les résultats révèlent l'effet inverse au post-test. Ce résultat renforce l'explication fournie précédemment voulant que le message consolide la formation des attitudes. De plus, tout comme pour l'ensemble de l'échantillon, les résultats pour chacun des deux groupes indiquent que l'attitude, les normes sociales et le contrôle comportemental perçu influencent significativement l'intention.

Les résultats de notre étude sont ainsi cohérents avec ceux obtenus dans les recherches antérieures portant sur la théorie du comportement planifié (Beale & Manstead, 1991; Lavoie, Godin, Duval & Gaudreault, 1992; Schifter & Ajzen, 1985). En effet, plusieurs études ont démontré que certaines des croyances qui prédisent l'intention et le comportement ont trait directement à la présence ou à l'absence de ressources et d'occasions qui facilitent l'adoption du comportement. Ainsi, les résultats révèlent que plus l'individu pense qu'il jouit de ces ressources et opportunités, moins il anticipe d'obstacles et plus il perçoit qu'il a un contrôle sur le comportement. D'autres recherches réalisées dans le secteur de la santé ont aussi souligné l'efficacité de la théorie du comportement planifié et plus particulièrement l'impact significatif du contrôle comportemental perçu sur les intentions et les comportements (Beale & Manstead, 1991; Godin, Valois, Jobin & Ross, 1991; Godin, Valois & Lepage, 1993; Schifter & Ajzen, 1985). Par exemple, dans une étude réalisée auprès d'un groupe de collégiennes, Schifter et Ajzen (1985) rapportent des relations positives entre, d'une part, l'intention de perdre du poids et, d'autre part, les attitudes, les normes sociales et le contrôle comportemental perçu. Ces

auteurs rapportent également une corrélation positive entre la quantité de poids perdu, l'intention comportementale et le contrôle comportemental perçu. Bref, ces études démontrent que la perception du contrôle comportemental peut influencer l'intention au même titre que l'attitude et la norme subjective.

Les résultats confirment donc les deux hypothèses de cette recherche. La stratégie persuasive a produit les changements anticipés, particulièrement au niveau de l'attitude. De plus, les variables de la théorie du comportement planifié se sont avérées de bons prédicteurs de l'intention de prodiguer des soins aux personnes vivant avec le sida.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude avait pour principal objectif de modifier favorablement les attitudes des étudiantes en soins infirmiers envers les soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida. Elle constituait par la même occasion un moyen efficace pour améliorer éventuellement la formation des futures infirmières dans le cadre de l'exercice de leur travail professionnel. De plus, en participant à l'étude, les apprenants et les enseignants avaient la possibilité de se sensibiliser aux aspects social, biologique et psychologique de la maladie du sida. Il y a lieu de croire que cette sensibilisation débouchera éventuellement sur une augmentation de la qualité des soins de santé. Bien qu'il s'agissait d'une étude qui permettait l'avancement des connaissances en matière d'éducation à la santé, elle a par surcroît contribué à la bienveillance de la clientèle vivant avec le sida. De plus, cette recherche a su se démarquer des précédentes car peu d'entre elles s'étaient attardées à la modification des attitudes des futures infirmières dans le cadre de leur formation académique.

L'importance de poursuivre des études auprès des étudiantes infirmières à partir de théories du changement d'attitudes tel que la théorie de la vraisemblance d'élaboration cognitive est très grande. En effet, à la lumière de nos résultats, il semble que l'utilisation de stratégies persuasives ne peut qu'aider à combattre cette pandémie qu'est le sida.

Les résultats obtenus nous amènent cependant à formuler les recommandations suivantes. Il serait intéressant de reproduire cette étude en vérifiant si la stratégie a effectivement une influence sur le comportement des infirmières. En d'autres mots, il serait intéressant de vérifier si après une modification de l'intention, il y a vraiment modification du comportement. De plus, il serait souhaitable de sélectionner un plus grand échantillon afin d'augmenter la généralisation des résultats.

Enfin, notre recherche à contribuer à démontrer qu'il était important de continuer à documenter les bienfaits des interventions en matière d'éducation de la santé. Les données accumulées pourront alors servir à mieux développer les programmes scolaires en soins infirmiers. Nous osons espérer que la présente étude aura su contribuer à l'avancement de la recherche en matière

d'éducation à la santé et qu'elle aura su stimuler le lecteur à poursuivre de futures études à partir des pistes de recherche proposées.

RÉFÉRENCES

- Abelson, R. P. (1972). Are attitudes necessary? In B.T. King & E. McGinnies (Eds.), Attitudes, conflict, and social change (pp. 19-32). New York: Academic Press.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), Action-control: From cognition to behavior (pp.11-39), Heidelberg.
- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personnality, and behavior, Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1972). Attitudes and normative beliefs as factors influencing behavioral intention. Journal of Personality and Social Psychology, 21, 1-9.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. Psychological Bulletin, 84, 888-918.
- Ajzen, I., & Doll, J. (1992). Accessibility and stability of predictors in the theory of planned behavior. Journal of Personnality and Social Psychology, 63, 754-765.
- Ajzen, I., & Driver, B.L. (1992). Application of theory of planned behavior to leisure chose. Journal of Leisure Research, 24, 204-224.
- Ajzen, I., & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior control. Journal of Experimental Social Psychology, 22, 453-474.
- Alteneder, R. , Price, J. , Telljohann, S. , Didion, J., & Locher, A. (1992). Using the PROCEDE model to determine junior high school students' knowledge, attitudes, and beliefs about AIDS. Journal of School Health, 62, 464-470.
- Andrews, K. H., & Kandel, D. B. (1979). Attitude and behavior: A specification of the contingent consistency hypothesis. American Sociological Review, 44, 298-310.
- Bagozzi, R. P. (1981a). Attitudes, intentions, and behavior: A test of some key hypotheses. Journal of Personnality and Social Psychology, 41, 607-627.

- Bagozzi, R. P. (1981b). An examination of the validity of two models of attitude. Multivariate Behavioral Research, 16, 323-359.
- Bagozzi, R. P. (1988). The rebirth of attitude research in marketing. Journal of Marketing Research Society, 30, 163-195.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37, 122-147.
- Barr, J. K., Waring, J. M., & Warshaw, L. J. (1992). Knowledge and attitudes about AIDS among corporate and public service employees. American Journal of Public Health, 82, 225-228.
- Beale, D. A., & Manstead, A. S. R. (1991). Predicting mother's intentions to limit frequency of infant's sugar intake: Testing the theory of planned behavior. Journal of Applied Social Psychology, 21, 409-431.
- Beck, L., & Ajzen, I. (1991). Predicting dishonest actions using the theory of planned behavior. Journal of Research in Personality, 25, 285-301.
- Berelson, B., Lazarsfeld, P. L., & McPhee, W. N. (1954). Voting. Chicago: University of Chicago Press.
- Bouvet, E. (1992). Les risques faibles de transmission du VIH. Dossier Sida. Science et Vie, 179, 129.
- Brinberg, D. (1979a). The comparison of three attitude models for the prediction of blood donation behavior. Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois, Urbana-Champaign.
- Brinberg, D. (1979b). An examination of the determinants of intention an behavior: A comparison of two models. Journal of Applied Social Psychology, 9, 560-575.
- Cacioppo, J. T., Crites, S. L., Berntson, G. G., & Coles, M. G. H. (1993). If attitudes affect how stimuli are processed, should they not affect the event-related brain potential?, American Psychological Society, 4, 108-112.
- Cacioppo, J. T., & Petty, R. E. (1979). Effects of message repetition and position on cognitive responses, recall, and persuasion. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 97-109.

- Cacioppo, J. T., & Petty, R. E. (1980). Persuasiveness of commercials is affected by exposure frequency and communication cogency: A theoretical and empirical analysis. In J. H. Leigh & C. R. Martin (Eds.), Current Issues and Research in Advertising. Ann Arbor: University of Michigan.
- Cacioppo, J. T., Petty, R. E., & Morris, K. J. (1983). Effects of need for cognition on message evaluation, recall, and persuasion. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 805-818.
- Cacioppo, J. T., Petty, R. E., & Sidera, J. A. (1982). The effects of a salient self-schema on the evaluation of proattitudinal editorials: Top down versus bottom-up message processing. Journal of Experimental Social Psychology, 18, 324-338.
- Cacioppo, J. T., Petty, R. E., & Stoltenberg, C. D. (1985). Processes of social influence: The Elaboration Likelihood Model of persuasion. Advances in cognitive-behavioral Research and Therapy, 4, 215-274.
- Chaiken, S., & Eagly, A. H. (1976). Communication modality as a determinant of message persuasiveness and message comprehensibility. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 605-614.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16, 297-334.
- Daniels, N. (1992). HIV-infected health care professionals public threat or public sacrifice. Milbank Quarterly, 70, 3-42.
- Davidson, A. R., & Jaccard, J. J. (1979). Variables that moderate the attitude-behavior relation: Results of a longitudinal survey. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1364-1376.
- Dworkin, J. (1992). AIDS education for health care professionals in organizational or systems context. Public Health Reports, 107, 668-674.
- Eagly, A. H. (1974). Comprehensibility of persuasive arguments as a determinant of opinion change. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 758-773.
- Eagly, A. H. (1978). Sex differences in influenceability. Psychological Bulletin, 85, 86-116.

- Ernst, J. M., & Heesacker, M. (1993). Application of the Elaboration Likelihood Model of attitude change to assertion training. Journal of Counseling Psychology, 40, 37-45.
- Fazio, R. H. (1986). How do attitudes guide behavior? In R. M. Sorrentino & E.T. Higgins (Eds.), Handbook of Motivation and Cognition: Foundations of Social Behavior. New York: Guilford Press.
- Festinger, L. (1950). Informal social communication. Psychological Review, 57, 271-282.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1974). Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. Psychological Review, 81, 59-74.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Don Mills: Addison-Wesley.
- Forrester, D. A., & Murphy, P. A. (1992). Nurses' attitudes toward patients with AIDS and AIDS-related risk factors. Journal of Advanced Nursing, 17, 1260-1266.
- Foxall, G. (1984). Evidence for attitudinal-behavioural consistency: Implications for consumer research paradigms. Journal of Economic Psychology, 5, 71-92.
- Gallop, R. M., Lancee, W. J., Taerk, G., Coates, R. A., & Fanning, M. (1992). Fear of contagion and AIDS-nurses' perception of risk. AIDS Care, 4, 103-109.
- Godin, G., Valois, P., Jobin, P., & Ross, A. (1991). Prediction of intention to exercise of individuals who have suffered from coronary heart disease. Journal of Clinical Psychology, 47, 762-772.
- Godin, G., Valois, P., & Lepage, L. (1993). The pattern of influence of perceived behavioral control upon exercising behavior: An application of Ajzen's theory of planned behavior. Journal of Behavioral Medicine, 16, 81-102.
- Gorn, G. G., & Goldberg, M. E. (1980). Children's responses to repetitive TV commercials. Journal of Consumer Research, 6, 421-424.

- Heesacker, M., Petty, R., & Cacioppo, J. (1983). Field dependance and attitude change: Source credibility can alter persuasion by affecting message-relevant thinking. Journal of Personality, 51, 653-664.
- Hovland, C. I., Janis, I. L., & Kelley, J. J. (1953). Communication and persuasion. New Haven: Yale University Press.
- Janeksela, G. M. (1978). Predicting behavior from attitudes: Problems and solutions. International Review of Modern Sociology, 8, 245-256.
- Jemmott III, J. B., Freleicher, J., & Jemmott, L. S. (1992). Perceived risk of infection and attitudes toward risk groups-determinants of nurses' behavioral. Intention regarding AIDS patients. Research in Nursing & Health, 15, 295-301.
- Jowett, B. (1937). The dialogues of Plato (vol. 1). New York: Random House.
- Kahle, L. R., & Berman, J. J. (1979). Attitudes cause behaviors: A cross-lagged panel analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 315-321.
- Katz, E., & Lazarsfeld, P. F. (1955). Personal influence. Glencoe, IL: Free Press.
- Kelman, H. C. (1974). Attitudes are alive and well and gainfully employed in the sphere of action. American Psychologist, 29, 310-324.
- Kohlberg, L. (1963). The development of children's orientations toward a moral order. Sequence in the development of moral thought. Vita Humana, 6, 11-33.
- Lavoie, M., Godin, G., Duval, B., & Gaudreault, A. (1992). Évaluation d'une intervention éducative visant à promouvoir l'usage du condom auprès de jeunes adultes en milieu scolaire. Rapport de recherche présenté au CRSSS-03.
- Legault-Faucher, M. (1992). Sida et travail: Le poids de la prévention. Prévention au travail, septembre-octobre, 15-24.
- Lester, L., & Beard, B. (1988). Nursing students' attitudes toward AIDS. Journal of Nursing Education, 27, 399-404.

- Liska, A. E. (1974a). Attitude-behavior consistency: Reply to Magina. American Sociological Review, 39, 762-763.
- Liska, A. E. (1974b). Attitude-behavior consistency as a fonction of generality equivalence between attitude and behavior objects. Journal of Psychology, 86, 217-228.
- Liska, A. E. (1974c). Emergent issues in the attitude-behavior consistency controversy. American Sociological Review, 39, 261-272.
- McGuire, W. J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), The Handbook of Social Psychology, (2nd ed., Vol. 3). Reading, MA: Addison Wesley.
- Ménard, C. (1988). Face au sida, le respect des droits. Nursing Québec, 8, 54-61.
- Miller, R. L. (1976). Mere exposure, psychological reactance, and attitude change. Public Opinion Quarterly, 40, 229-233.
- Mooney, K. M., Cohn, E. S., & Swift, M. B. (1992). Physical distance and AIDS-too close for comfort. Journal of Applied Social Psychology, 22, 1442-1452.
- Norman, R. (1975). Affective-cognitive consistency, attitudes, confirmity, and behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 32, 83-91.
- O.I.I.Q. (1985). Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers. Extraits de l'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier du Québec. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal.
- O.I.I.Q. (1986). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Edition officiel du Québec.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1979). Issue involvement can increase or decrease persuasion by enhancing message-relevant cognitive reponses. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1915-1926.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1981). Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches. Brown Compagny Publishers, College division.

- Petty, R., & Cacioppo, J. (1986a). The Elaboration Likelihood Model of persuasion. Advances in Experimental Social Psychology, 19, 179-182.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986b). Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change. New York: Springer-Verlag.
- Petty, R. , Cacioppo, J. , Sedikides, C., & Strathman, A. (1988). Affect and persuasion. American Behavioral Scientist, 31, 355-371.
- Plant, M. L., & Foster, J. (1993). AIDS-related experience, knowledge, attitudes and beliefs amongst nurses in an area with a high rate of HIV infection. Journal of Advanced Nursing, 18, 80-88.
- SAS Institute Inc. (1992). SAS/STAT User's guide (Version 6, 4th ed., Vol. 1-2). Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 49, 843-851.
- Sjöberg, L. (1982). Attitude-behavior correlation, social desirability and perceived diagnostic value. British Journal of Social Psychology, 21, 283-292.
- Smith, B.L., Lasswell, H.D., & Casey, R.D. (1946). Propaganda, communication, and public opinion. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Triandis, H. C. (1977). Interpersonal behavior, Monterey: Brooks/Cole.
- Triandis, H. C. (1979). Values, attitudes and interpersonal behavioral. In M.M. Page (Ed.), Nebraska Symposium on motivation (pp.195-260), Lincoln: University of Nebraska Press.
- Van Servellen, G. M., Lewis, C. E., & Leake, B. (1988). Nurses's responses to the AIDS crisis: Implications for continuing education programs. The Journal of Continuing Education in Nursing, 19, 4-8.
- Wilson, W. & Miller, H. (1968). Repetition, order of presentation, and timing of arguments and measures as determinants of opinion change. Journal of Personality and Social Psychology, 9, 184-188.

APPENDICE A
PRISE DE POSITION DE L'AIIC SUR LES SOINS
AUX CLIENTS ATTEINTS DU SIDA



Association des infirmières et infirmiers du Canada

50 Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2
Téléphone : (613) 237-2133 Télécopieur : (613) 237-3520

PRISE DE POSITION

LES SOINS AUX CLIENTS ATTEINTS DU SIDA

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada estime que les personnes atteintes du SIDA ont droit à des soins de santé de haute qualité. Les infirmières ont l'obligation d'assurer avec compassion des soins sûrs et compétents à tous leurs clients, y compris ceux atteints du SIDA, leurs familles et leurs proches.

Conformément au *Code de déontologie de l'AIIC sur la profession infirmière*, les droits du client atteint du SIDA concernant le caractère confidentiel des résultats de son diagnostic doivent, comme pour les autres clients, être respectés. Les renseignements concernant son état doivent être limités à l'équipe soignante chargée du client en milieu hospitalier, dans les organismes communautaires, à domicile et dans les établissements de soins palliatifs.

Le soin aux clients atteints du SIDA exige une approche multidisciplinaire et un dialogue ouvert et direct entre les professionnels des soins de santé, le client, la famille et les proches, les groupes et organismes communautaires et le grand public. L'AIIC reconnaît qu'il existe des craintes et des idées fausses au sujet du syndrome d'une maladie transmissible pour laquelle il n'y a encore aucun remède. L'AIIC estime que les infirmières ont pour première responsabilité d'apaiser les craintes du public en l'éduquant.

Les infirmières ont joué et continuent de jouer un rôle considérable dans l'établissement de protocoles appropriés de soins. Il est essentiel que les infirmières soient informées au sujet du SIDA et soient préparées à répondre aux besoins de leurs clients à mesure qu'ils surviennent. Le manque d'information donne cours aux craintes, ce qui nuit à la capacité de soigner. C'est à cette fin que les programmes de formation pédagogique continue, la formation efficace en cours d'emploi et l'auto-apprentissage sont essentiels.

En raison du rôle important que joue l'infirmière, et du stress que cela comporte, les infirmières ont besoin de l'appui d'une solide structure administrative. Celle-ci doit assurer des politiques qui, entre autres, veillent à ce que l'infirmière soit consciente du diagnostic suspecté ou réel du SIDA chez un client, et fournissent des protocoles pour la manipulation du sang et des liquides corporels. Cette structure doit également assurer la formation, les ressources, les programmes de soutien y compris la surveillance et la santé et la sécurité au travail aux employés.

Approuvée par le Conseil d'administration
octobre 1987

APPENDICE B
DEMANDE D'UTILISATION ET DE TRADUCTION DU
QUESTIONNAIRE DE LESTER ET BEARD



Université du Québec à Trois-Rivières

Département des sciences de l'éducation

Trois-Rivières, July 12, 1993

Doctor Lula B. Lester
Department of Nursing Education
Eastern Michigan University
Ypsilanti, MI 48197
USA

Dear Doctor Lester:

I would greatly appreciate receiving a copy of the attitude questionnaire towards AIDS that you referred to in your article entitled "Nursing student's attitudes towards AIDS" published in "Journal of Nursing Education, 27(9), 399-404, 1988".

I am very interesting in this attitude questionnaire since I conduct a study concerning the attitude-behavior relationship and the Elaboration Likelihood Model (Cacioppo & Petty)..

I look forward to receiving your reply in this manner. Thank you very much for your assistance.

Sincerely yours.

Pierre Valois
Department of Education
Université du Québec à Trois-Rivières
Trois-Rivières (Québec)
Canada G9A 5H7
Tel.: (819) 376-5095
Fax: (819) 376-5127
E-mail: PIERRE_VALOIS@UQTR.UQUEBEC.CA

APPENDICE C
QUESTIONNAIRE DE LA PRÉ-ENQUÊTE



Université du Québec à Trois-Rivières

Département des sciences de l'éducation

Dans le cadre de votre exercice professionnel, vous pourriez avoir à prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA.

Quels sont pour vous les AVANTAGES et les DÉSAVANTAGES de prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA?

AVANTAGES

DÉSAVANTAGES

Quels sont les principales personnes ou principaux groupes de personnes qui sont en ACCORD ou en DÉSACCORD avec le fait de prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA?

ACCORD

DÉSACCORD

APPENDICE D
QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE

QUESTIONNAIRE SUR LE SIDA

Ce questionnaire vous permettra d'exprimer un certain nombre d'opinions concernant le SIDA. Il se compose de trois sections : une section relative à votre formation professionnelle, une deuxième relative à vos connaissances sur le SIDA et une dernière concernant vos attitudes à l'égard du SIDA. Pour chaque section, veuillez suivre les instructions et répondre à **toutes** les questions.

Répondez de manière réfléchie et à votre rythme personnel. Si vous changez d'avis, sentez-vous bien libre de modifier votre réponse en prenant soin d'effacer complètement celle que vous aviez d'abord inscrite.

Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, seule **votre** opinion compte.

Nous vous demandons de donner **votre opinion la plus sincère**.

Veuillez indiquer votre nom: _____

en caractères d'imprimerie

Partie 1 : Questionnaire relié à la formation

Instructions : veuillez encercler la lettre correspondant à votre réponse.

1. Mon âge se situe :

A. Au-dessous de 21 ans	D. Entre 31 et 35 ans
B. Entre 21 et 25 ans	E. Entre 36 et 40 ans
C. Entre 26 et 30 ans	F. à 41 ans et plus

2. Je suis de sexe :

A. Féminin
B. Masculin

3. Ma principale source d'informations en ce qui concerne le SIDA a été : (une seule réponse)

A. Les médias : la télévision, les journaux, les magazines, la radio.
B. Les stages dans le milieu hospitalier, les conférences médicales, les cours.
C. Les revues en soins infirmiers ou autre revue dans le domaine de la santé, les dépliants, les départements de santé communautaire.
D. Les ami/e/s, les pairs, les rencontres communautaires, les conférences pour profane.
E. Autre _____ (veuillez indiquer la source).

4. Je connais ou j'ai connu une personne atteinte du SIDA.

A. Oui
B. Non

5. J'ai prodigué des soins à un ou des patients atteints du SIDA.

A. Oui
B. Non

Partie 2 : Questionnaire relié aux connaissances

Veuillez répondre aux questions suivantes par “vrai”, “faux” ou “je ne sais pas”. Encerclez la lettre «V» pour vrai, «F» pour faux et «N» pour je ne sais pas. **Ces questions ont trait au SIDA que l'on retrouve au Canada.**

1.	Le SIDA est une maladie incurable.	V	F	N
2.	Le SIDA peut être transmis par transfusions sanguines.	V	F	N
3.	Le SIDA peut être transmis à des donneurs de sang.	V	F	N
4.	C'est en Californie que l'on retrouve le plus grand nombre de cas de SIDA.	V	F	N
5.	Le SIDA est plus répandu chez les hommes homosexuels.	V	F	N
6.	Le virus qui cause le SIDA est communément appelé HTLV III (Human T-cell Lymphoma Virus), le virus du lymphome humain à cellules T.	V	F	N
7.	La “pneumonie interstitielle à Pneumocystis carinii” est la cause de mortalité la plus fréquente chez les sidatiques.	V	F	N
8.	Le SIDA se transmet principalement par rapport sexuel intime.	V	F	N
9.	De nos jours, il est d'usage de procéder au dépistage du virus du SIDA pour le sang recueilli des donneurs.	V	F	N
10.	Le SIDA se caractérise par une déficience particulière du système immunitaire.	V	F	N
11.	Les statistiques indiquent que les enfants qui sont en contact avec des sidatiques à la maison encourent de plus grands risques de contracter le SIDA.	V	F	N
12.	Tous les patients pour qui un dépistage sanguin révèle la présence de l'anticorps dirigé contre le SIDA contracteront inévitablement le SIDA au cours des cinq prochaines années.	V	F	N
13.	L'espérance de vie moyenne après le début du SIDA est de moins de trois ans.	V	F	N
14.	Il n'existe pas de documentation concernant la transmission du SIDA par contact fortuit (par exemple, le toucher, la poignée de main).	V	F	N
15.	Les travailleurs du domaine de la santé possèdent un niveau de risque élevé de contracter le SIDA.	V	F	N

16.	La transmission du SIDA aux travailleurs du domaine de la santé s'est faite principalement au contact d'aiguilles.	V	F	N
17.	Les travailleurs du domaine de la santé devraient porter un uniforme et des gants lorsqu'ils entrent dans la chambre d'un sidatique.	V	F	N
18.	Le VIH peut être transmis par des personnes contaminées qui ne présentent pas de symptômes.	V	F	N
19.	Un adulte bien portant, qui après un test sanguin se révèle séropositif, est moins contagieux qu'un sidatique plus malade.	V	F	N

Partie 3 : Questionnaire relié à l'attitude

Cette section concerne vos croyances et vos opinions. Elle est composée de deux blocs regroupant chacun un nombre variable d'énoncés.

Bloc I

Veuillez indiquer la réponse qui reflète le mieux ce que vous pensez du SIDA en encerclant le chiffre approprié.

1. totalement d'accord
 2. d'accord
 3. ni d'accord, ni en désaccord
 4. en désaccord
 5. totalement en désaccord
-
1. J'ai peur de contracter le SIDA en prodiguant des soins routiniers à un sidatique. 1 2 3 4 5
 2. Je prodigue des soins à contrecœur à un sidatique uniquement parce que j'ai peur de contracter la maladie. 1 2 3 4 5
 3. Je prendrais soin d'un sidatique uniquement parce que c'est mon devoir professionnel. 1 2 3 4 5
 4. Les sidatiques ont droit aux mêmes soins que n'importe quel autre patient. 1 2 3 4 5
 5. Je pratiquerais la réanimation bouche à bouche à un sidatique même si je ne pouvais utiliser aucun dispositif de protection. 1 2 3 4 5
 6. Je travaillerais bénévolement pour prendre soin d'un sidatique. 1 2 3 4 5

7.	Si je prenais soin d'un sidatique, j'aurais peur de rapporter le virus du SIDA à la maison et de le transmettre à mes enfants, à ma famille ou à mes amis.	1	2	3	4	5
8.	J'ai peur davantage du SIDA que de toute autre maladie.	1	2	3	4	5
9.	Je préfère ne pas prodiguer de soins à un sidatique.	1	2	3	4	5
10.	Je quitterais mon emploi plutôt que de prendre soin d'un sidatique.	1	2	3	4	5
11.	Les patients atteints du SIDA devraient être placés en chambre d'isolement pour assurer la protection du public en général.	1	2	3	4	5
12.	Le style de vie d'un individu ne regarde que lui.	1	2	3	4	5
13.	Je n'ai aucun préjugé contre les homosexuels.	1	2	3	4	5
14.	Je ressens plus de sympathie pour les sidatiques qui ne sont pas homosexuels.	1	2	3	4	5
15.	Je me sentirais inconfortable de prodiguer des soins à un sidatique.	1	2	3	4	5
16.	J'estime que le SIDA est un châtement de Dieu à l'égard de l'homosexualité.	1	2	3	4	5
17.	Mes sentiments à l'égard des homosexuels peuvent avoir une incidence défavorable sur les soins infirmiers que je prodigue.	1	2	3	4	5
18.	Les enfants atteints du SIDA devraient avoir accès à l'école au même titre que les autres enfants.	1	2	3	4	5
19.	Il faudrait que le public en sache davantage en ce qui concerne le SIDA.	1	2	3	4	5
20.	J'aimerais en savoir davantage en ce qui concerne le SIDA.	1	2	3	4	5
21.	Le gouvernement devrait allouer plus de fonds à la recherche sur le SIDA.	1	2	3	4	5
22.	Les étudiants en soins infirmiers devraient être assignés à des sidatiques.	1	2	3	4	5
23.	J'ai peur que mes amis et ma famille m'évitent s'ils apprennent que je prends soin d'un sidatique.	1	2	3	4	5
24.	Le médecin d'un patient séropositif devrait avoir le droit de cacher cette information à d'autres professionnels du domaine de la santé.	1	2	3	4	5

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 25. | Tous les prestataires de soins devraient être informés qu'un patient est séropositif. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. | Un patient devrait avoir le droit de garder confidentiels les résultats de ses tests de dépistage du VIH. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. | On devrait congédier une infirmière qui refuse de prodiguer des soins à un séropositif. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. | Le risque de contracter le VIH au simple contact d'un sidatique est plus élevé que le public en général ne le croit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bloc II

Le bloc II est composé de 8 sections identifiées de 1 à 8 regroupant un nombre variable de questions. Pour chacune de ces sections, veuillez indiquer la réponse qui reflète le mieux ce que vous pensez en traçant un √ sur la ligne qui correspond le mieux à votre opinion.

SECTION 1

À votre avis, jusqu'à quel point croyez-vous qu'il est **probable** ou **improbable** que le fait de prodiguer des soins à une personne atteinte du SIDA, lorsque vous serez licencié/e, aura pour conséquence de:

1. humaniser et personnaliser davantage vos soins.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement improbable	très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable	extrêmement probable	

2. vous aider à démystifier la maladie.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement improbable	très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable	extrêmement probable	

3. diminuer vos préjugés à l'égard de la maladie.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement improbable	très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable	extrêmement probable	

4. vous procurer le sentiment du devoir accompli.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement improbable	très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable	extrêmement probable	

5. augmenter vos chances de contracter le virus.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement improbable	très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable	extrêmement probable	

6. vous décourager devant l'impossibilité de guérison.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement improbable	très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable	extrêmement probable	

7. vous épuiser émotivement.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement improbable	très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable	extrêmement probable	

SECTION 2

Personnellement, quelle **valeur** accordez-vous aux dimensions suivantes:

1. humanisation et personnalisation des soins.

INDÉSIRABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DÉSIRABLE
	extrêmement indésirable	très indésirable	assez indésirable	ni l'un ni l'autre	assez désirable	très désirable	extrêmement désirable	

2. démystification de la maladie (SIDA).

INDÉSIRABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DÉSIRABLE
	extrêmement indésirable	très indésirable	assez indésirable	ni l'un ni l'autre	assez désirable	très désirable	extrêmement désirable	

3. avoir des préjugés à l'égard du SIDA.

INDÉSIRABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DÉSIRABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	indésirable	indésirable	indésirable	ni l'autre	désirable	désirable	désirable	

4. avoir accompli son devoir d'infirmière.

INDÉSIRABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DÉSIRABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	indésirable	indésirable	indésirable	ni l'autre	désirable	désirable	désirable	

5. contracter le virus du SIDA.

INDÉSIRABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DÉSIRABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	indésirable	indésirable	indésirable	ni l'autre	désirable	désirable	désirable	

6. découragement devant l'impossibilité de guérison.

INDÉSIRABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DÉSIRABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	indésirable	indésirable	indésirable	ni l'autre	désirable	désirable	désirable	

7. épuisement émotif.

INDÉSIRABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DÉSIRABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	indésirable	indésirable	indésirable	ni l'autre	désirable	désirable	désirable	

SECTION 3

À votre avis, jusqu'à quel point croyez-vous qu'il est **probable** ou **improbable** que les personnes suivantes pensent que vous devriez prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA, lorsque vous serez licencié/e:

1. vos collègues infirmières/infirmiers.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	improbable	improbable	improbable	ni l'autre	probable	probable	probable	

2. l'infirmière ou l'infirmier chef de votre département.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	improbable	improbable	improbable	ni l'autre	probable	probable	probable	

3. les médecins de l'unité de soins.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	improbable	improbable	improbable	ni l'autre	probable	probable	probable	

4. votre famille et vos ami/e/s.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	improbable	improbable	improbable	ni l'autre	probable	probable	probable	

5. l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	improbable	improbable	improbable	ni l'autre	probable	probable	probable	

6. la communauté homosexuelle.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	improbable	improbable	improbable	ni l'autre	probable	probable	probable	

SECTION 4

Concernant votre implication personnelle en vue de prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA lorsque vous serez licencié/e, jusqu'à quel point êtes-vous en **accord** ou en **désaccord** pour agir dans le sens de ce que pense(nt):

1. vos collègues infirmières/infirmiers.

DÉSACCORD	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ACCORD
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	en désaccord	en désaccord	en désaccord	ni l'autre	en accord	en accord	en accord	

2. l'infirmière ou l'infirmier chef de votre département.

DÉSACCORD	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ACCORD
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	en désaccord	en désaccord	en désaccord	ni l'autre	en accord	en accord	en accord	

3. les médecins de l'unité de soins.

DÉSACCORD	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ACCORD
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	en désaccord	en désaccord	en désaccord	ni l'autre	en accord	en accord	en accord	

4. votre famille et vos ami/e/s.

DÉSACCORD	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ACCORD
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	en désaccord	en désaccord	en désaccord	ni l'autre	en accord	en accord	en accord	

5. l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

DÉSACCORD	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ACCORD
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	en désaccord	en désaccord	en désaccord	ni l'autre	en accord	en accord	en accord	

6. la communauté homosexuelle.

DÉSACCORD	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ACCORD
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	en désaccord	en désaccord	en désaccord	ni l'autre	en accord	en accord	en accord	

SECTION 5

1. Présentement, je me sens tout à fait sûr de moi de pouvoir prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA lorsque je serai licencié/e:

DÉSACCORD	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ACCORD
	extrêmement	très	assez	ni l'un	assez	très	extrêmement	
	en désaccord	en désaccord	en désaccord	ni l'autre	en accord	en accord	en accord	

2. Dans mon cas, prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA lorsque je serai licencié/e, m'apparaît:

DIFFICILE								FACILE
	très difficile	assez difficile	légèrement difficile	ni l'un ni l'autre	légèrement facile	assez facile	très facile	

3. À votre connaissance, y a-t-il un ou plusieurs événements imprévus qui pourraient vous empêcher de prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA lorsque vous serez licencié/e:

aucun événement	très peu d'événements	quelques événements	plusieurs événements

SECTION 6

1. Présentement, j'ai la ferme intention de prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA lorsque je serai licencié/e.

DÉSACCORD								ACCORD
	extrêmement en désaccord	très en désaccord	assez en désaccord	ni l'un ni l'autre	assez en accord	très en accord	extrêmement en accord	

2. Je prodiguerai des soins aux personnes atteintes du SIDA lorsque je serai licencié/e.

DÉSACCORD								ACCORD
	extrêmement en désaccord	très en désaccord	assez en désaccord	ni l'un ni l'autre	assez en accord	très en accord	extrêmement en accord	

3. Présentement, quelles sont, selon vous, les probabilités ou les chances (sur 100) que vous prodiguez des soins aux personnes atteintes du SIDA lorsque vous serez licencié/e.

0 à 10%	11 à 20%	21 à 30%	31 à 40%	41 à 50%	51 à 60%	61 à 70%	71 à 80%	81 à 90%	91 à 100%

SECTION 7

1. Jusqu'à quel point, selon vous, est-il **probable** ou **improbable** que la plupart des personnes qui ont pour vous de l'importance pensent que vous devriez prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA lorsque vous serez licencié/e.

IMPROBABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PROBABLE
	extrêmement improbable	très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable	extrêmement probable	

2. La plupart des personnes qui ont pour vous de l'importance, vous recommanderaient de prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA lorsque vous serez licencié/e.

DÉSACCORD	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ACCORD
	extrêmement en désaccord	très en désaccord	assez en désaccord	ni l'un ni l'autre	assez en accord	très en accord	extrêmement en accord	

SECTION 8

Le fait de prodiguer des soins aux personnes atteintes du SIDA lorsque vous serez licencié/e sera pour vous (indiquez votre opinion pour chacune des échelles suivantes):

DÉSAGRÉABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	AGRÉABLE
	très déagréable	assez déagréable	légèrement déagréable	ni l'un ni l'autre	légèrement agréable	assez agréable	très agréable	
DÉPLAISANT	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PLAISANT
	très déplaisant	assez déplaisant	légèrement déplaisant	ni l'un ni l'autre	légèrement plaisant	assez plaisant	très plaisant	
INUTILE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	UTILE
	très inutile	assez inutile	légèrement inutile	ni l'un ni l'autre	légèrement utile	assez utile	très utile	
IMPRUDENT	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PRUDENT
	très imprudent	assez imprudent	légèrement imprudent	ni l'un ni l'autre	légèrement prudent	assez prudent	très prudent	

MALSAIN	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	SAIN
	très	assez	légèrement	ni l'un	légèrement	assez	très	
	malsain	malsain	malsain	ni l'autre	sain	sain	sain	
INDÉSIRABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DÉSIRABLE
	très	assez	légèrement	ni l'un	légèrement	assez	très	
	indésirable	indésirable	indésirable	ni l'autre	désirable	désirable	désirable	

NOUS VOUS REMERÇONS DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION.

APPENDICE E
QUESTIONNAIRE POUR LA SÉLECTION
D'ARGUMENTS PERSUASIFS

Questionnaire relié aux arguments persuasifs

Certaines études ont démontré que les infirmiers/ères ont des attitudes défavorables à l'égard des soins à prodiguer aux personnes atteintes du SIDA. À cet effet, il appert que certains arguments pourraient être utilisés pour persuader ces infirmiers/ères d'intervenir auprès des personnes atteintes du SIDA. Vous trouverez ci-dessous une liste de ces arguments. Indiquez à quel point ces arguments pourraient vous **persuader** d'intervenir auprès des personnes atteintes du SIDA (encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre opinion).

Le fait que...

1. les interventions des infirmiers/ères auprès des personnes atteintes du SIDA sont bien vues par les médecins.

1	2	3	4	5
aucunement	un peu	assez	très	extrêmement
persuasif	persuasif	persuasif	persuasif	persuasif

2. le VIH est inactivé par la plupart des désinfectants chimiques et que de nombreux procédés s'avèrent efficaces pour obtenir son inactivation.

1	2	3	4	5
aucunement	un peu	assez	très	extrêmement
persuasif	persuasif	persuasif	persuasif	persuasif

3. les larmes, la salive et l'urine sont des liquides biologiques par lesquelles il est presque impossible de contracter le virus du SIDA.

1	2	3	4	5
aucunement	un peu	assez	très	extrêmement
persuasif	persuasif	persuasif	persuasif	persuasif

4. l'organisme pourrait réussir à se débarrasser du virus si celui-ci n'atteint pas le seuil qui provoque l'infection.

1	2	3	4	5
aucunement	un peu	assez	très	extrêmement
persuasif	persuasif	persuasif	persuasif	persuasif

5. la probabilité qu'un/e infirmier/ère contracte le virus du SIDA à l'extérieur de l'hôpital est de 99.75%.

1	2	3	4	5
aucunement	un peu	assez	très	extrêmement
persuasif	persuasif	persuasif	persuasif	persuasif

6. la probabilité qu'un/e infirmier/ère soit contaminé/e par une piqûre est de 0.2%, soit deux contaminations pour 1000 piqûres.

1	2	3	4	5
aucunement	un peu	assez	très	extrêmement
persuasif	persuasif	persuasif	persuasif	persuasif

7. lorsque les précautions d'hygiène recommandées sont appliquées, le risque de transmission du VIH au personnel soignant se chiffre entre 1/4500 et 1/130 000.

1	2	3	4	5
aucunement	un peu	assez	très	extrêmement
persuasif	persuasif	persuasif	persuasif	persuasif

8. le rôle de l'infirmier/ère est d'informer les bénéficiaires des dangers de contamination au virus du SIDA pour les inciter à se prendre en main et ainsi combattre cette terrible maladie.

1	2	3	4	5
aucunement	un peu	assez	très	extrêmement
persuasif	persuasif	persuasif	persuasif	persuasif

9. l'article 36 de la loi sur les infirmières et infirmiers dit: "L'infirmière exerçant dans un établissement de santé ne pourrait refuser de soigner un malade du SIDA pour le "seul" motif qu'il est atteint de cette maladie, sans avoir à répondre du refus d'exécuter la prestation de travail prévue à son contrat de travail, puisque le fait de prodiguer des soins constitue une partie de l'exercice de sa profession".

1	2	3	4	5
aucunement	un peu	assez	très	extrêmement
persuasif	persuasif	persuasif	persuasif	persuasif

10. l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C) reconnaît qu'il existe des craintes et des idées fausses au sujet du syndrome d'une maladie transmissible pour laquelle il n'y a encore aucun remède et estime que les infirmiers/ères ont pour première responsabilité d'apaiser les craintes du public en l'éduquant.

1	2	3	4	5
aucunement	un peu	assez	très	extrêmement
persuasif	persuasif	persuasif	persuasif	persuasif

Références des arguments persuasifs

Argument #1

Équipe soignante de l'hôpital Saint-Louis. (1992). La prise en charge infirmière. Soins, 556, 41.

Argument #2

Reboulot, B. (1992). Sida: Transmission et prophylaxie. Soins, 556, 20.

Argument #3

Meunier, L., Besner, G., Courmoyer, R. & Handfield, L. (1988). Que savez-vous du sida? Nursing Québec, 8, 16.

Argument #4

Document: Comment se transmet le virus du sida?

Argument #5

Bouvet, E. (1992). Les risques faibles de transmission du VIH. Dossier Sida. Science et Vie, 179, 129.

Argument #6

Daniels, N. (1992). HIV-infected health care professionals public threat or public sacrifice. Milbank Quarterly, 70, 13.

Argument #7

Legault-Faucher, M. (1992). Sida et travail: Le poids de la prévention. Prévention au travail, septembre-octobre, 23.

Argument #8

Ménard, C. (1988). Face au sida, le respect des droits. Nursing Québec, 8, 61.

Argument #9

Ménard, C. (1988). Face au sida, le respect des droits. Nursing Québec, 8, p. 55.

Argument #10

A.I.I.C. (1987). Les soins aux clients atteints du sida. Prise de position. Association des infirmières et infirmiers du Canada.

APPENDICE F
DEMANDE D'AUTORISATION AUPRÈS DES CÉGEPS



Université du Québec à Trois-Rivières

Département des sciences de l'éducation

A/S Coordonnatrice des soins inf.
Cégep de Trois-Rivières

Trois-Rivières, le 9 novembre 1993

À qui de droit,

La présente lettre se veut une demande officielle pour solliciter votre collaboration à mon projet de maîtrise en éducation mis en branle à l'Université du Québec à Trois-Rivières, sous la supervision de monsieur Pierre Valois, directeur de recherche. Ce projet a pour titre : "L'influence d'une stratégie persuasive sur les attitudes des étudiantes infirmières envers les soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida".

Celui-ci s'effectuera en janvier 1994 auprès de la clientèle étudiante en soins infirmiers, collège 3. Les sujets seront soumis à deux passations de questionnaire seulement, sans aucune intervention, puisqu'il s'agit du groupe contrôle.

Nous communiquerons avec vous prochainement par téléphone pour vous donner plus de renseignements à ce sujet. Nous vous remercions à l'avance pour l'intérêt que vous porterez à cette demande et espérons bien sûr votre collaboration.

Bien à vous,

Hélène Turgeon
Professeure en Soins Inf.
Cégep de Shawinigan
Tél: (819) 539-6401 ext. 208



Université du Québec à Trois-Rivières

Département des sciences de l'éducation

A/S Coordonnatrice des soins inf.
Cégep de Shawinigan

Trois-Rivières, le 9 novembre 1993

À qui de droit,

La présente lettre se veut une demande officielle pour solliciter votre collaboration à mon projet de maîtrise en éducation mis en branle à l'Université du Québec à Trois-Rivières, sous la supervision de monsieur Pierre Valois, directeur de recherche. Ce projet a pour titre: "L'influence d'une stratégie persuasive sur les attitudes des étudiantes infirmières envers les soins à prodiguer aux personnes vivant avec le sida".

Celui-ci s'effectuera en janvier 1994 auprès de la clientèle étudiante en soins infirmiers, collège 3. Les sujets seront soumis à deux passations de questionnaire seulement, sans aucune intervention, puisqu'il s'agit du groupe contrôle.

Nous communiquerons avec vous prochainement par téléphone pour vous donner plus de renseignements à ce sujet. Nous vous remercions à l'avance pour l'intérêt que vous porterez à cette demande et espérons bien sûr votre collaboration.

Bien à vous,

Hélène Turgeon
Professeure en Soins Inf.
Cégep de Shawinigan
Tél: (819) 539-6401 ext. 208

APPENDICE G
LETTRE DE PRÉSENTATION AUX SUJETS

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Université du Québec à Trois-Rivières

Département des sciences de l'éducation

Monsieur, Madame,

Cette recherche porte sur les attitudes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes atteintes du SIDA. L'objectif général est de mettre sur pied un programme d'intervention visant à augmenter les connaissances des infirmiers\ères concernant la maladie du SIDA, et ce, par l'entremise de leurs croyances et de leurs attitudes. Les retombées de cette étude sont importantes car il existe très peu de données sur le sujet.

Nous en sommes actuellement à l'étape de l'expérimentation. C'est ici que pourrait s'inscrire votre participation. Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devrez compléter un questionnaire d'opinions. Les résultats obtenus serviront aux seules fins de la présente recherche. Au terme de l'étude, les questionnaires seront détruits. Cette procédure vise à assurer la confidentialité de vos réponses.

Il est entendu que vous êtes entièrement libre de refuser de participer à ce projet. Votre refus ne vous causera aucun préjudice. Mais si vous acceptez de participer à cette recherche, il s'agit de signer le consentement ci-joint.

Encore une fois, nous tenons à vous rappeler toute l'importance de votre participation et veuillez être assurés de toute confidentialité.

Merci de votre collaboration.

Pierre Valois, professeur
Université du Québec à Trois-Rivières

Hélène Turgeon, professeure
CÉGEP de Shawinigan.

CONSENTEMENT

Je, _____, déclare avoir pris connaissance de
nom du répondant
 cette formule de consentement et j'accepte de participer au projet.

Date

Signature du répondant

Date

Signature du responsable
de la recherche



Université du Québec à Trois-Rivières

Département des sciences de l'éducation

Monsieur, Madame,

Au début de la session hiver 1994, nous vous faisons part de notre intention de vous administrer à nouveau notre questionnaire relatif aux attitudes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes atteintes du SIDA. Aujourd'hui nous nous exécutons.

L'objectif général est de mettre sur pied un programme d'intervention visant à augmenter les connaissances des infirmiers ou infirmières concernant la maladie du SIDA, et ce, par l'entremise de leurs croyances et de leurs attitudes. Les retombées de cette étude sont importantes car il existe très peu de données sur le sujet.

Il est bien entendu que les informations recueillies sont confidentielles. L'anonymat sera de plus respecté puisque nous ferons disparaître les noms à la fin de la collecte des données.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

Pierre Valois, professeur
Université du Québec à Trois-Rivières

Hélène Turgeon, professeure
CÉGEP de Shawinigan.

APPENDICE H
PLAN DE LA STRATÉGIE D'INTERVENTION
LORS DE L'EXPÉRIMENTATION

MESSAGE PERSUASIF #1

Information # 1

Dans une étude réalisée en 1988, Hagen et son équipe rapportent que **lorsque les précautions d'hygiène recommandées sont appliquées, le risque de transmission du VIH au personnel soignant se chiffre entre 1/4 500 et 1/130 000.** Cette donnée statistique a également été rapportée par Norman Daniels dans un article intitulé "HIV-Infected Health Care Professionals-Public Threat or Public Sacrifice" publié en 1992 dans le périodique Milbank Quarterly.

Information # 2

Selon la Loi des Infirmières et Infirmiers du Québec, d'une part, et le Code de Déontologie des Infirmières et Infirmiers du Québec, d'autre part, **il est de votre devoir d'intervenir auprès des bénéficiaires en les informant des dangers de contamination au virus du SIDA. Cette intervention a pour but de les inciter à se prendre en main et ainsi combattre cette terrible maladie.**

Tel que mentionné par les avocats conseil au service juridique de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec [Ménard.(1988). Face au SIDA, le respect des droits. Nursing Québec, 8(3), 61], il s'agit ici d'un devoir qui résulte d'une obligation professionnelle à laquelle vous vous devez de répondre en vous engageant dans la profession.

Information # 3

Dans une prise de position officielle approuvée par le Conseil d'administration en octobre 1987, **l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada reconnaît qu'il existe des craintes et des idées fausses au sujet du syndrome d'une maladie transmissible pour laquelle il n'y a encore aucun remède et estime que les infirmières et infirmiers ont pour première responsabilité d'apaiser les craintes du public en l'éduquant.**

Information # 4

Selon l'article 36 de la Loi des Infirmières et Infirmiers du Québec, **l'infirmière exerçant dans un établissement de santé ne pourrait refuser de soigner un malade atteint du SIDA pour le "seul" motif qu'il est atteint de cette maladie, sans avoir à répondre du refus d'exécuter la prestation de travail prévue à son contrat de travail, puisque le fait de prodiguer des soins constitue une partie de l'exercice de sa profession.**

MESSAGE PERSUASIF #2

Présenter ce 2^e message persuasif sous forme d'un quiz de connaissances sur le SIDA.

Moment: sixième semaine de la session, soit le 21 février 1994.

Temps alloué: 10 à 15 minutes

Contenu: La stratégie utilisée consiste à poser une série de questions (3) aux étudiantes à l'égard de la profession de manière à les amener à réfléchir à cet effet. Suite à chacun des échanges verbaux, l'enseignante donne la réponse et fait le lien avec la problématique du SIDA en reprenant le message persuasif approprié présenté trois semaines plus tôt.

Méthodologie: Inscrire le mot clé de chaque question au tableau (question #1: MUP?; question #2: EXERCICE DE LA PROFESSION?; question #3: ARGUMENT LÉGAL POUR REFUS?)

Question #1

Quels sont les mesures universelles de précaution (MUP) s'adressant au personnel soignant?

Il y a premièrement les mesures préventives *régulières* qui s'appliquent en tout temps. Ainsi, on recommande:

- 1- d'utiliser des aiguilles et des seringues uniservices;
 - les utiliser avec un plateau séro-protecteur,
 - ne pas réinsérer l'aiguille dans son fourreau,
 - pour enlever une aiguille usagée, il est recommandé d'utiliser une pince.
- 2- de porter obligatoirement des gants pour manipuler le sang, les liquides biologiques, les objets souillés, de même que lors de toucher aux muqueuses, de ponction veineuse et de la pose de cathéters intra-veineux.

- 3- de toujours se laver les mains après avoir enlevé ses gants de même qu'avant et après tout traitement.
- 4- de jeter dans un sac de plastique imperméable fermé hermétiquement, tout matériel uniservice souillé de sang ou de liquides biologiques. Si le matériel est réutilisable, il doit être déposé dans les contenants indiqués à cet fin. Par la suite, le matériel est acheminé à la salle de stérilisation pour être lavé, désinfecté et stérilisé selon le protocole hospitalier.
- 5- de toujours utiliser l'ambu-bag lors de la réanimation cardio-respiratoire, même si la salive n'est pas impliquée dans la transmission du VIH.

Il y également d'autres mesures préventives *particulières* qui s'appliquent, entre autres, lors de manoeuvres dites invasives (p. ex. lors d'une chirurgie, d'un accouchement, etc.). Dans ce cas, on recommande le port:

- 1- du masque lorsqu'il y a risque d'éclaboussures ou de dispersion par aérosol;
- 2- de la blouse lorsqu'il y a risque de souillures des vêtements;
- 3- de lunettes protectrices lorsqu'il y a risque de projection de gouttelettes dans l'oeil.

Conclusion (message persuasif #1)

Dans une étude réalisée en 1988, Hagen et son équipe rapportent que **lorsque les précautions d'hygiène recommandées sont appliquées, le risque de transmission du VIH au personnel soignant se chiffre entre 1/4 500 et 1/130 000.** Cette donnée statistique a également été rapportée par Norman Daniels dans un article intitulé "HIV-Infected Health Care Professionals-Public Threat or Public Sacrifice" publié en 1992 dans le périodique Milbank Quarterly.

Question #2

Quel est le rôle de l'infirmière au sein de sa profession ou, en d'autres mots, en quoi consiste l'exercice de la profession d'infirmière?

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière se définit comme tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes diagnostiques, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale (voir section VIII, article 36 de la loi des infirmières et infirmiers du Québec).

Conclusion (messages persuasifs #2 et #3)

Selon la Loi des Infirmières et Infirmiers du Québec, d'une part, et le Code de Déontologie des Infirmières et Infirmiers du Québec, d'autre part, **il est de votre devoir d'intervenir auprès des bénéficiaires en les informant des dangers de contamination au virus du SIDA. Cette intervention a pour but de les inciter à se prendre en main et ainsi combattre cette terrible maladie.**

Tel que mentionné par les avocats conseil au service juridique de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec [Ménard.(1988). Face au SIDA, le respect des droits. Nursing Québec, 8(3), 61], il s'agit ici d'un devoir qui résulte d'une obligation professionnelle à laquelle vous vous devez de répondre en vous engageant dans la profession.

Dans une prise de position officielle approuvée par le Conseil d'administration en octobre 1987, **l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada reconnaît qu'il existe des craintes et des idées fausses au sujet du syndrome d'une maladie transmissible pour laquelle il n'y a encore aucun remède et estime que les infirmières et infirmiers ont pour première responsabilité d'apaiser les craintes du public en l'éduquant.**

Question #3

En milieu hospitalier, quelles raisons pourraient vous donner le droit de refuser de prodiguer des soins à un client?

Des raisons d'ordre médical (retrait de travail autorisé par le médecin...) ou par défaut de matériels fournis par l'employeur (absence de gants...)

Conclusion (message persuasif #4)

Selon l'article 36 de la Loi des Infirmières et Infirmiers du Québec, **l'infirmière exerçant dans un établissement de santé ne pourrait refuser de soigner un malade atteint du SIDA pour le "seul" motif qu'il est atteint de cette maladie, sans avoir à répondre du refus d'exécuter la prestation de travail prévue à son contrat de travail, puisque le fait de prodiguer des soins constitue une partie de l'exercice de sa profession.**

MESSAGE PERSUASIF # 3

Moment: semaine n°. 10 au calendrier collégial, soit le 23 mars 1994

Temps requis: 15 minutes

Contenu du message: il s'agit ici de 4 mises en situation qui de par leur contenu permettent tout d'abord de confronter les étudiants à différentes éventualités. La stratégie consiste ensuite à terminer l'intervention en présentant les 4 arguments persuasifs de l'étude.

Méthodologie: Exposé oral pour chaque situation
Exposé oral pour les conclusions
Distribuer aux étudiants les 4 arguments persuasifs

N.B. Ce 3^e message persuasif doit être introduit comme un rappel de connaissance en ce qui concerne le SIDA.

Situation # 1

Jacinthe est une infirmière ayant à son acquis 8 années d'expérience de travail en milieu hospitalier. Un bon matin, l'infirmière-chef d'équipe l'assigne à la chambre 7777. L'occupant de cette chambre est M. Auger, un client diagnostiqué séropositif. Jacinthe réagit très mal à cette assignation. "Pourquoi risquerais-je de me contaminer alors que je mène une "bonne vie" dit-elle.

Alors qu'elle continue à exprimer sa peur et ses préjugés face au SIDA, vous vous asseyez avec elle et vous lui parlez des MUP (mesures universelles de précaution).

Après cette discussion, Jacinthe accepte de soigner M. Auger. À partir de ce moment, vous remarquez que Jacinthe porte gants, jaquette, masque et lunettes protectrices chaque fois qu'elle entre dans la chambre, et ce, que ce soit pour faire des traitements ou non au client.

Quelques questions favorisant la discussion:

- Comment réagissez-vous à cette situation? Et pourquoi?
- À votre avis est-il possible de concilier le respect du soignant et le respect du bénéficiaire?

- Si le soignant et le bénéficiaire ont droit au respect. L'un a-t-il préséance sur l'autre?

Une brève discussion suivra. Les étudiants pourront alors exprimer leur point de vue.

Conclusion (message persuasif #1)

En effet, pour se protéger du sang, des liquides biologiques et certains liquides séreux comme les liquides péritonéal, amniotique, pleural, céphalo-rachidien, synovial et péricardique, il est recommandé d'utiliser les MUP. Par ailleurs, les selles, l'urine, les larmes, les sécrétions nasales, les expectorations et la sueur ne nécessitent pas l'utilisation des MUP sauf s'ils sont visiblement teintés de sang. Il est à noter que le toucher et les contacts fortuits ne requièrent pas, eux non plus, l'utilisation des MUP.

Ainsi seulement lorsque c'est nécessaire, **“les précautions d'hygiène recommandées sont appliquées. À noter de plus que par l'occurrence de celles-ci, le risque de transmission du VIH au personnel soignant se chiffre au niveau statistique entre 1/4500 et 1/130 000”**.

Situation # 2

Vous êtes infirmière au CLSC et Sébastien, un adolescent de 15 ans, vient vous voir afin de passer le test de dépistage du SIDA. Compte tenu de sa demande, vous décidez de faire une séance de counseling avec lui. Lors de votre discussion avec Sébastien, vous lui demandez s'il pense avoir été en contact avec le virus. Il répond par l'affirmative d'un ton très sec en ajoutant: “Je ne suis pas ici pour parler avec vous. Tout ce que je veux, c'est passer le test”.

Quelques questions favorisant la discussion:

- Comment réagissez-vous à cette situation?
- Constatant la réticence qu'a Sébastien de parler de sa situation, serait-il opportun avant de le laisser partir que l'infirmière amorce son programme d'informations concernant le risque qu'il encoure de transmettre le virus aux autres?

Une brève discussion suivra. Les étudiants pourront alors exprimer leur point de vue.

Conclusion (message persuasif #2)

Il ne faut jamais perdre de vue qu'il **est de votre devoir d'intervenir auprès des bénéficiaires en les informant des dangers de contamination au virus du SIDA. Cette intervention a pour but de les inciter à se prendre en main et ainsi combattre cette terrible maladie.** Que ce soit une information verbale, visuelle ou textuelle (par la remise de dépliants), vous vous devez de répondre à votre obligation professionnelle telle que stipulée par la Loi et le Code de Déontologie régissant votre profession.

Situation # 3

N.B. La situation # 3 est la suite de la situation # 2.

Six mois plus tard, Geneviève, la petite amie de Sébastien, arrive au CLSC très affolée et tout en pleurs. Elle vous dit avoir su que les résultats du test de dépistage de Sébastien, s'étaient avérés positifs. Elle vous avoue avoir eu des contacts intimes avec ce dernier, mais toujours avec un condom. En bref, elle manifeste ouvertement sa peur d'avoir été contaminée.

Quelques questions favorisant la discussion:

- Comment réagissez-vous à cette situation?
- À votre avis, quelle serait votre première responsabilité en tant qu'infirmière intervenante? Et pourquoi?

Une brève discussion suivra. Les étudiants pourront alors exprimer leur point de vue.

Conclusion (message persuasif #3)

Dans cette situation, la responsabilité première de l'infirmière est d'apaiser les craintes de Geneviève en l'éduquant. **En effet, l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada reconnaît qu'il existe des craintes et des idées fausses au sujet du syndrome d'une maladie transmissible pour laquelle il n'y a encore aucun remède et estime que les infirmières et infirmiers ont pour première responsabilité d'apaiser les craintes du public en l'éduquant.**

Situation # 4

Gisèle est une infirmière diplômée qui travail à l'hôpital depuis cinq ans. Un bon matin, on lui assigne un client sidatique. Gisèle manifeste clairement son refus de s'occuper d'un tel patient à l'infirmière-chef d'équipe. Elle lui dit: "Si vraiment vous m'assignez ce patient, c'est lui qui va en subir les conséquences". C'est rouge de colère qu'elle part préparer ses médicaments du matin.

Quelques questions favorisant la discussion:

- Que faire devant une telle situation?
- Dans cette situation, croyez-vous que la qualité des soins sera affectée?

Une brève discussion suivra. Les étudiants pourront alors exprimer leur point de vue.

Conclusion (message persuasif #4)

Comme le mentionne l'article 36 de la Loi des Infirmières et Infirmiers du Québec, **l'infirmière exerçant dans un établissement de santé ne pourrait refuser de soigner un malade atteint du SIDA pour le "seul" motif qu'il est atteint de cette maladie, sans avoir à répondre du refus d'exécuter la prestation de travail prévue à son contrat de travail, puisque le fait de prodiguer des soins constitue une partie de l'exercice de sa profession.**

Cependant, advenant un manque au niveau de la qualité des soins, des plaintes peuvent toujours être déposées à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec car selon le Code de Déontologie National de l'A.I.I.C. (valeur # v) "l'infirmière est tenue à la compétence dans sa prestation des soins".

APPENDICE I
LETTRE DE REMERCIEMENTS AUX
DEUX CÉGEPS PARTICIPANTS



Université du Québec à Trois-Rivières

Département des sciences de l'éducation

Date: 11 avril 1994

À: Personnel enseignant en soins infirmiers (3^e année)

OBJET: Recherche sur les attitudes à l'égard des soins à prodiguer aux personnes atteintes du SIDA

Madame
Monsieur

Par la présente, nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de collaborer à notre recherche. Votre soutien a grandement facilité le déroulement de notre étude et nous a permis de recueillir des données qui pourront servir à mieux comprendre les comportements des futures infirmières et infirmiers à l'égard des personnes atteintes du SIDA.

N'hésitez pas à communiquer avec nous si vous avez des questions relatives à notre recherche.

En espérant de futures collaborations, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pierre Valois
Professeur
Département d'éducation
UQTR
Tél.: 376-5095

Hélène Turgeon
Étudiante à la maîtrise
Département d'éducation
UQTR
Tél.: 539-6401, poste 208